

	<b>Originalgültigkeitsdatum:</b> Januar 2006 <b>Letztes Änderungsdatum:</b> Oktober 2015 <b>Überarbeitet am:</b> Januar 2016	<b>Seite</b> <b>1 von 6</b>	<b>Versicherungsnummer</b> 515.00
	<b>Betreff: Oregon Charity Care Policy</b>		<b>Zulassung: VP Revenue Cycle</b>

**Zweck:**

Ziel dieser Politik ist es, dargelegt Providence Health & Services (PH & S) 's finanzielle Hilfe und Notfall Medical Care Politik, die dazu bestimmt sind, den Zugang zu medizinisch notwendigen Versorgung ffor diejenigen zu fördern, ohne die Fähigkeit zu zahlen, und einen Rabatt von anbieten berechneter Gebühren für Einzelpersonen, die nur für einen Teil der Kosten für ihre Pflege bezahlen. Diese Programme gelten nur im Hinblick auf Not- und anderen medizinisch notwendige Gesundheitsleistungen von PH & S zur Verfügung gestellt. Diese Politik und die hierin beschriebenen Finanzhilfeprogramme bilden den offiziellen Finanzhilfen Politik ("FAP") und Emergency Medical Care Policy für jedes Krankenhaus, das im Besitz ist, der Verpachtung oder der PH & S in Oregon State betrieben.

**PH & S Krankenhäuser in Oregon State:**

Providence Hood River Memorial Hospital, Providence Medford Medical Center, Providence Milwaukie Medical Center, Providence Newberg Medical Center, Providence Willamette Fälle Medical Center, Providence Portland Medical Center, Providence St. Vincent Medical Center und Providence Seaside Hospital.

**Politik:**

PH & S ist eine katholische Organisation im Gesundheitswesen durch ein Engagement für seine Mission und Kernwerte, entworfen, um die Liebe Gottes zu allen zeigen, vor allem die Armen und Schwachen, durch Dienst am Nächsten geführt. Es ist sowohl die Philosophie und Praxis jedes PH & S Ministerium, das medizinisch notwendige Gesundheitsleistungen zur Verfügung, um Community-Mitgliedern und den in emergent medizinischen Bedarf, ohne Verzögerung, unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit. Für die Zwecke dieser Richtlinie beinhaltet "finanzielle Unterstützung" Charity-Pflege und anderen Finanzhilfeprogramme von PH & S angeboten.

1. PH & S wird mit Bundes- und Landesgesetze und Verordnungen zu Notfalldiensten, bei Patienten finanzielle Hilfe und Nächstenliebe Pflege zu erfüllen, einschließlich, jedoch nicht in Abschnitt 1867 des Social Security Act und Section 501 (r) des Internal Revenue Code beschränkt.
2. PH & S wird finanzielle Unterstützung für die Patienten oder Garanten ohne andere primäre Zahlungsquellen qualifizieren, um sie für alle oder einen Teil ihrer finanziellen Verpflichtungen für die medizinisch notwendige PH & S Gesundheitsdienstleistungen zu erleichtern.
3. In Übereinstimmung mit seinen Kernwerten, wird PH & S eine finanzielle Unterstützung für die Patienten oder Garanten in einer respektvollen, mitfühlenden, fair, konsequent, effektive und effiziente Weise qualifizieren.
4. PH & S nicht auf der Grundlage von Alter, Rasse, Hautfarbe, Religion, ethnischer Zugehörigkeit, Religion, Nationalität, Familienstand, Geschlecht, sexueller Orientierung, Geschlechtsidentität oder ein Ausdruck, Behinderung, Veteranen oder militärischen Status, oder einer anderen Grundlage verboten zu diskriminieren von Bund, Ländern, oder lokale Gesetze bei der finanziellen Unterstützung Bestimmungen.
5. In mildernde Umstände, PH & S kann nach eigenem Ermessen genehmigen finanzielle Unterstützung außerhalb des Rahmens dieser Politik. Uneinbringliche / präsumtiven Nächstenliebe wird durch genehmigt, aber nicht beschränkt auf die folgenden: soziale Diagnose, Obdachlosigkeit, Konkurs, ohne

Immobilien verstorben, Geschichte der Nichteinhaltung und Nichtzahlung der Rechnung (en). Alle Unterlagen müssen dem Patienten / Garanten Zahlungsunfähigkeit und warum Inkassobüro Zuordnung nicht in der Auflösung des Kontos führen zu unterstützen.

6. PH & S Krankenhäusern mit speziellen Notfall-Abteilungen wird ohne Diskriminierung, Pflege für medizinische Notfallbedingungen (im Sinne des Emergency Medical Treatment und Arbeitsgesetz (EMTALA)) im Einklang mit den verfügbaren Funktionen, unabhängig davon, ob eine Person für eine finanzielle Unterstützung . PH & S Krankenhäuser bieten medizinische Notfallvorsorgeuntersuchungen und Stabilisierungsbehandlung, oder lesen oder übertragen eine individuelle, wenn eine solche Übertragung falls gemäß 42 CFR 482,55 ist. PH & S verbietet jegliche Aktionen, die Personen von der Suche nach der medizinischen Notversorgung, entmutigen würde, wie beispielsweise durch die Möglichkeit Inkasso-Aktivitäten, die mit der Erbringung von medizinischen Notfallversorgung beeinträchtigen.

#### **Anbieter vorbehalten PH & S FAP:**

Zusätzlich zu jeder anwendbaren PH & S Krankenhauseinrichtung, unterliegen diesen Richtlinien soweit nicht ausdrücklich anders bezeichnet alle Ärzte und andere Anbieter Rendering darauf, PH & S-Patienten während eines Krankenhausaufenthaltes. Anhang A zeigt an, in denen die Patienten können die Liste (n) in Bezug auf alle Anbieter, die Betreuung in den PH & S Krankenhausabteilungen machen zu erhalten, und ob sie unter der PH & S Finanzhilfepolitik sind. In dieser Liste finden Sie im Internet zugegriffen werden [www.providence.org](http://www.providence.org), und ist auch auf Anfrage an die Financial Counselor an der Klinik in Papierform.

#### **Finanzielle Unterstützung Teilnahmebedingungen:**

Die finanzielle Unterstützung ist sowohl für versicherte und unterversichert Patienten und Bürgen, sofern diese Hilfe steht im Einklang mit Bundes- und Landesgesetze zulässig Vorteile für die Patienten zur Verfügung. Die finanzielle Unterstützung ist nur in Bezug auf Mengen, die auf Notfall oder anderen medizinisch notwendigen Leistungen beziehen, zur Verfügung. Patienten oder Garanten Bruttofamilieneinkommen, für Familiengröße eingestellt, bei oder unter 350% der föderalen Ebene Armut (FPL) sind für eine finanzielle Unterstützung, so lange keine weiteren finanziellen Mittel verfügbar sind und der Patient oder Garantiegeber geltend notwendigen Informationen, um bestätigen Förderfähigkeit.

Die finanzielle Unterstützung ist sekundär auf alle anderen verfügbaren finanziellen Mittel für den Patienten oder des Garanten, einschließlich, aber nicht Versicherung, Haftpflichtversicherungsträgern, Regierungsprogramme und externe Agentur Programme beschränkt. In Situationen, in denen entsprechende primäre Zahlungsquellen nicht verfügbar sind, können die Patienten oder Garanten für die finanzielle Unterstützung auf der Grundlage der Anspruchsvoraussetzungen in diesem Politik und Unterlagen, zu denen möglicherweise gelten:

- Der Nachweis der Anwendung auf Medicaid angefordert werden können.

Finanzielle Unterstützung wird für den Notfall und nur medizinisch notwendigen Dienstleistungen gewährt. Für PH & S Krankenhäusern, "Notfall und medizinisch notwendigen Leistungen" bedeutet, entsprechende Krankenhaus basierte Dienste. Dies sind medizinisch notwendigen Leistungen innerhalb eines PH & S Krankenhaus oder in einer anderen Einstellungen wie PH & S definiert ist. Patienten, die außerhalb des PH & S Service-Bereich, in dem Dienstleistungen erbracht werden, befinden haben keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung, außer unter den folgenden Umständen:

- Der Patient benötigt emergent Dienstleistungen bei einem Besuch in PH & S Service-Bereich.
- Medically notwendigen Sorgfalt an den Patienten vorgesehen ist, bei einem PH & S Werk in den Service-Bereich, wo der Patient wohnt nicht verfügbar.

Die PH & S Service-Bereich wird als irgend Oregon Grafschaften durch die PH & S Krankenhaus gewartet definiert.

Die Berechtigung zur finanziellen Unterstützung wird auf finanzielle Notwendigkeit zum Zeitpunkt der Anwendung basieren. Alle Einkommen der Familie ist bei der Bestimmung der Anwendbarkeit des PH & S Schiebegebührenordnung im Anhang B. Patienten, um finanzielle Unterstützung muss alle in dem Antrag auf Finanzhilfe angegebenen Unterlagen vorzulegen, es sei denn, PH & S zeigt an, ansonsten berücksichtigt.

### **Grundlage für die Berechnung der Beträge, um Patienten, die für eine finanzielle Unterstützung Charged**

Kategorien der verfügbaren Rabatte und Grenzen auf die Gebühren im Rahmen dieser Politik sind:

- 100 Percent Discount / Free Pflege: Jeder Patient oder Garantiegeber, deren Bruttofamilieneinkommen, für Familiengröße eingestellt, bei oder unter 300% des derzeitigen föderalen Ebene Armut ("FPL") hat Anspruch auf eine 100-prozentige Ermäßigung der gesamten Krankenhaus Gebühren für den Notfall oder medizinisch notwendige Versorgung, in dem Maße, dass der Patient oder Garant nicht für eine andere private oder öffentliche Krankenversicherung Sponsoring.
- Disco UNTS Off Kosten bei 75 Prozent: Der PH-Wert & S Schiebegebührenordnung, die in Anhang B festgelegt wird verwendet, um die Höhe der finanziellen Unterstützung zu bestimmen, um in Form von einem Rabatt von 75 Prozent für Patienten oder Garanten mit Einkommen zwischen 301% zur Verfügung gestellt werden und 350% des derzeitigen föderalen Ebene Armut, nachdem alle Finanzierungsmöglichkeiten für den Patienten oder Garantiegeber zur Verfügung ausgeschöpft sind oder verweigert und persönlichen finanziellen Ressourcen und Vermögenswerte haben für eine Förderung, um in Rechnung gestellt Gebühren zu zahlen überprüft worden. Die Finanzhilfe kann für den Patienten oder angeboten werden Garanten mit Familieneinkommen von über 350% der föderalen Ebene Armut, wenn Umstände darauf hindeuten, schwerer finanzieller Not oder persönlichen Verlust.

Begrenzung der Gebühren für alle Patienten, die für eine finanzielle Unterstützung: Kein Patient oder Garantiegeber, die für eine der oben genannten Rabatte werden persönlich über den "beträgt in der Regel Billed" verantwortlich (AGB) in Prozent des Bruttokosten, wie in Treasury Verordnung § 1.501 (R) - 1 (b) (2), nach dem für PH & S Krankenhaus für den Notfall oder andere medizinisch notwendigen Leistungen erhalten. PH & S bestimmt AGB durch Multiplikation Bruttokosten des Krankenhauses für jeden Notfall oder medizinisch notwendige Versorgung um einen festen Prozentsatz der auf Ansprüche aus Medicare erlaubt basiert. : Informationsblättern detailliert die von den einzelnen PH & S Hospital, und wie sie berechnet werden verwendet AGB Prozentangaben können durch den Besuch der folgenden Website erhältlich [www.providence.org](http://www.providence.org) oder telefonisch: **1-866-747-2455**, um eine gedruckte Kopie anfordern. Darüber hinaus ist die maximale Menge, die in einem Zeitraum von 12 Monaten gesammelt werden können 1 für den Notfall oder medizinisch notwendige Gesundheitsversorgung für die Patienten für eine finanzielle Unterstützung von 20 Prozent des Bruttofamilieneinkommen des Patienten, und unterliegt der Patient fort Förderfähigkeit im Rahmen dieses Politik.

### **Verfahren zum Auftragen für Betreuung und Evaluation Process:**

Patienten oder Garanten, kann eine finanzielle Unterstützung im Rahmen dieser Politik durch eine der folgenden Maßnahmen anwenden: (1) Beratung von PH & Patienten Finanzdienstpersonal S am oder vor dem Zeitpunkt der Entlassung, dass die Hilfe angefordert wird, und füllen Sie ein Antragsformular und alle Unterlagen, wenn requested von PH & S; (2) Herunterladen einer Anwendung Form von PH & S 'Website unter: [www.providence.org](http://www.providence.org) und Absenden des Formulars zusammen mit allen erforderlichen Unterlagen; (3) anfordert ein Antragsformular per Telefon, durch den Aufruf: **1-866-747-2455** und Absenden des Formulars; oder (4) andere in PH & S Abrechnung und Sammlungen Politik festgelegten Verfahren. PH & S wird Signage und Informationen über seine finanzielle Unterstützung Politik auf angemessene Zugangsbereiche anzuzeigen. Einschließlich, aber nicht in die Notaufnahme und Zulassungsbereiche beschränkt.

Das Krankenhaus wird eine Vorauswahl für jede Person, der Finanzunterstützung beantragt geben. Im Rahmen dieses Screening-Prozess PH & S wird prüfen, ob die Person erschöpft oder nicht für eine etwaige Zahlungsquellen von Drittanbietern. PH & S können finanzielle Unterstützung ausschließlich auf eine anfängliche Bestimmung der Zustand des Patienten als mittellose Personen zu gewähren. In diesen Fällen kann die Dokumentation nicht erforderlich. In allen anderen Fällen ist eine Dokumentation erforderlich, um einen Antrag auf finanzielle Unterstützung zu unterstützen. Für Patienten, die Anwendung mit dem Einkommen bei 200% oder darunter, wird der Haushaltsgröße und Einkommen Überprüfung erforderlich, was beinhalten kann den Nachweis der Familiengröße und Einkommen, einschließlich, aber nicht beschränkt auf: Kopien der letzten Gehaltsschecks, W-2-Anweisungen, Einkommensteuererklärungen, Formen Genehmigung oder Ablehnung Medicaid oder staatlich finanzierte medizinische Betreuung, bildet die Genehmigung oder Ablehnung Arbeitslosengeld, schriftliche Stellungnahmen von Arbeitgebern und / oder Kontoauszüge, wenn nötig. Wenn eine ausreichende Dokumentation nicht erbracht werden kann PH & S um weitere Informationen ersuchen.

Für Einkommen über 200% der FPL, kann dieser Nachweis der Familiengröße und Einkommen und Vermögen aus einer beliebigen Quelle beinhalten, einschließlich, aber nicht beschränkt auf: Kopien der letzten Gehaltsschecks, W-2-Anweisungen, Einkommensteuererklärungen, bildet die Genehmigung oder Ablehnung Medicaid oder staatlich finanzierte ärztliche Hilfe bildet die Genehmigung oder Ablehnung Arbeitslosengeld, schriftliche Aussagen von Arbeitgebern oder Wohlfahrtsorganisationen und / oder Kontoauszüge, die Aktivität. Wenn eine ausreichende Dokumentation nicht erbracht werden kann PH & S um weitere Informationen ersuchen.

Ein Patient oder Garantiegeber, die Anspruch auf eine finanzielle Unterstützung beantragen können, können ausreichende Dokumentation zur PH & S, um ein Auswahlbestimmungs bis vierzehn (14) Tage nach dem der Antrag gestellt wird oder zweihundert (240) Tage nach dem Tag der ersten post zu unterstützen Entlastung Rechnung wurde an den Patienten, je nachdem, was später ist gesendet. Basierend auf der Dokumentation für das Programm verfügbar, wird PH & S festzustellen, wenn Sie weitere Informationen benötigen, oder ob ein Zulassungsbestimmung vorgenommen werden kann. Der Ausfall eines Patienten oder des Garanten, um einigermaßen vollständige entsprechenden Antragsverfahren innerhalb der oben angegebenen Zeiträumen müssen ausreichende Gründe für die PH & S, um den Patienten oder Garant nicht zugelassen für die finanzielle Unterstützung zu bestimmen und Sammlung Bemühungen einzuleiten. Eine erste Bestimmung der potenziellen Eignung für finanzielle Unterstützung wird so gut wie möglich auf das Datum des Antrags abgeschlossen werden.

PH & S wird den Patienten oder der Bürge einer endgültigen Feststellung der Förderfähigkeit oder Sperre innerhalb von zehn (10) Werktagen nach Erhalt der notwendigen Unterlagen zu unterrichten.

Der Patient kann eine Bestimmung der Nichtstartberechtigung für die finanzielle Unterstützung durch die Bereitstellung relevanten zusätzlichen Dokumentation zu PH & S innerhalb von dreißig (30) Tagen nach Erhalt der Mitteilung der Verleugnung zu appellieren. Alle Appelle werden überprüft und wenn die Feststellung im Berufungsverfahren bestätigt die Ablehnung, wird eine schriftliche Mitteilung an den Patienten gesendet werden. Die endgültige Berufungsverfahren wird innerhalb von zehn (10) Tagen nach Eingang der Beschwerde von PH & S schließen.

Andere Methoden der Qualifikationen für Finanzielle Unterstützung kann unter folgendem fallen:

- Die Rechts Statue Sammlung Einschränkungen abgelaufen ist;
- Der Bürge hat verstorben und es gibt keinen Nachlass oder Nachlassgericht;
- Der Bürge hat Konkurs angemeldet;
- Der Bürge hat Finanzunterlagen, die ihn / sie zu qualifizieren für die finanzielle Unterstützung vorgesehen; und / oder
- Finanzielle Unterlagen zufolge der Garantin Einkommen wird nie zu verbessern, um in der Lage, die Schulden mit Garanten auf Lebens festen Einkommen zu zahlen, zum Beispiel.

**Rechnungsstellung und Inkasso:** Alle unbezahlte Salden von Patienten oder Garanten nach Anwendung von Ermäßigungen geschuldet, falls vorhanden, bezogen auf Sammlungen in Übereinstimmung mit PH & einheitliche Rechnungsstellung und Inkasso Politik S. Informationen zur PH & S 'Rechnungsstellung und Inkasso Practices für die Mengen von den Patienten oder Garanten geschuldeten finden Sie PH & S Abrechnung und Sammlungen Politik, die an jedem PH & S

Krankenhauses Anmeldeschalter, an kostenlos erhältlich ist: [www.providence.org](http://www.providence.org); oder die an Sie gesendet werden können, wenn Sie anrufen: **1-866-747-2455**.

**GENEHMIGUNG:**

Teresa Spalding

VP Revenue Cycle

*Unterschrift auf Dateidatum:*

## **ANLAGE A**

### **Krankenhaus-basierte Provider unterliegen nicht der PH & S Finanzhilfepolitik und assoziierten Rabatte**

Eine Liste finden Sie alle Provider, die Versorgung in der PH & S Krankenhaus zu machen, und ob sie unter der PH & S Finanzhilfepolitik sind. In dieser Liste finden Sie im Internet zugegriffen werden [www.providence.org](http://www.providence.org), und ist auch auf Anfrage an die Financial Counselor an der Klinik in Papierform. Wenn ein Provider ist nicht Gegenstand der Finanzhilfepolitik dann, dass Provider werden die Patienten separat für professionelle Dienstleistungen in Rechnung stellen, dass die Provider bietet während der Krankenhausaufenthalt eines Patienten, basierend auf eigenen geltenden finanziellen Leitlinien des Anbieters Hilfe, falls vorhanden.

**Anlage B**  
**PH & S Charity Pflege Prozentsatz Entgelt-Staffel**

Der Gesamtbetrag der Krankenhauskosten werden ermittelt werden zur Nächstenliebe Pflege für jeden Garantiegeber, deren Bruttohaushaltseinkommen und Vermögen auf oder unter 300% des aktuellen Bundes Armut Leitlinie Niveau sein, sofern diese Personen haben keinen Anspruch auf andere private oder öffentliche Krankenversicherung Sponsoring.

Für Garanten mit Haushaltseinkommen und Ressourcen über 100% des FPL unterhalb des pH & S Schiebegebührenordnung gilt.

<b>Einkommen und Vermögen als Prozentsatz des Bundes Armut Leitlinie Ebene</b>		<b>Prozent Rabatt (Abschreibung) von der ursprünglichen Gebühren</b>	<b>Balance Rechnung zu Garanten</b>
<b>100-300%</b>		<b>100%</b>	<b>0%</b>
<b>301 bis 350%</b>		<b>75%</b>	<b>25%</b>

<sup>1</sup> Der Zeitraum von 12 Monaten, auf die der Höchstbetrag gilt tritt am ersten Tag zu beginnen, die nach dem Inkrafttreten dieser Politik erhält ein berechtigter Patienten Gesundheitsdienstleistungen, die entschlossen sind, qualifizierten (zB medizinisch notwendigen Leistungen) sein.