

Oggetto: Providence Financial Assistance (Charity Care) Policy – California	Numero polizza: PSJH RCM 002 CAL	
Dipartimento: Revenue Cycle Management	<input type="checkbox"/> Nuovo <input checked="" type="checkbox"/> Rivisto <input type="checkbox"/> Recensione	Giorno: 1/1/2022
Sponsor esecutivo: Kimberly Sullivan, SVP Chief Revenue Cycle Officer	Proprietario della polizza: Direttore esecutivo, Consulenza finanziaria	
Approvato da: Providence Board of Directors	Data di attuazione: 12/1/2021	

Providence è un'organizzazione sanitaria cattolica senza scopo di lucro guidata dall'impegno per la sua missione di servire tutti, specialmente coloro che sono poveri e vulnerabili, dai suoi valori fondamentali di compassione, dignità, giustizia, eccellenza e integrità e dalla convinzione che l'assistenza sanitaria sia un diritto umano. È la filosofia e la pratica di ogni ospedale della Providence che i servizi sanitari emergenti e necessari dal punto di vista medico sono prontamente disponibili per coloro che nelle comunità che serviamo, indipendentemente dalla loro capacità di pagare.

PORTATA:

Questa politica si applica a tutti gli ospedali Providence -California ("Providence") nelle contee di Los Angeles, Orange, High Desert, Humboldt, Sonoma e Napa nello stato della California e a tutti i servizi di emergenza, urgenti e altri servizi medici necessari forniti dagli ospedali Providence e NorCal Health Connect in California (ad eccezione delle cure sperimentali o investigative). Un elenco degli ospedali di Providence coperti da questa politica può essere trovato nell'Allegato A Elenco delle strutture coperte.

Questa politica deve essere interpretata in modo coerente con la Sezione 501 (r) dell'Internal Revenue Code del 1986, come modificato, e, per quanto riguarda Providence Hospitals in California, le politiche di prezzi equi degli ospedali delineate nel California Health and Safety Code (Sezioni 127400-127446). In caso di conflitto tra le disposizioni di tali leggi e questa politica, tali leggi prevranno.

SCOPO:

Lo scopo di questa politica è quello di garantire un metodo equo, non discriminatorio, efficace e uniforme per la fornitura di assistenza finanziaria (assistenza di beneficenza) alle persone idonee che non sono in grado di pagare in tutto o in parte per l'emergenza medica necessaria e altri servizi ospedalieri forniti dagli ospedali di Providence.

L'intento di questa politica è quello di rispettare tutte le leggi federali, statali e locali. Questa politica e i programmi di assistenza finanziaria qui contenuti costituiscono la politica ufficiale di assistenza finanziaria ("FAP") e la politica di assistenza medica di emergenza per ogni ospedale di proprietà, affittato o gestito da Providence.

POLITICA:

Providence fornirà servizi ospedalieri gratuiti o scontati a qualificati a basso reddito, non assicurati e sottoassicurati e pazienti con costi medici elevati come quelli che sono pari o inferiori al 400% del FPL, quando la capacità di pagare per i servizi è una barriera all'accesso alle emergenze mediche necessarie e ad altre cure ospedaliere e non è stata identificata alcuna fonte alternativa di copertura. I pazienti devono soddisfare i requisiti di idoneità descritti in questa politica per qualificarsi.

Gli ospedali di Providence con reparti di emergenza dedicati forniranno, senza discriminazioni, assistenza per condizioni mediche di emergenza (ai sensi dell'Emergency Medical Treatment and Labor Act) coerenti con le capacità disponibili, indipendentemente dal fatto che un individuo abbia diritto all'assistenza finanziaria. Providence non discriminerà sulla base di età, razza, colore, credo, etnia, religione, origine nazionale, stato civile, sesso, orientamento sessuale, identità o espressione di genere, disabilità, stato di veterano o militare, o qualsiasi altra base vietata dalla legge federale, statale o locale quando si effettuano determinazioni di assistenza finanziaria.

Gli ospedali di Providence forniranno esami di screening medico di emergenza e trattamenti stabilizzanti, o riferiranno e trasferiranno un individuo se tale trasferimento è appropriato in conformità con 42 C.F.R 482.55. La Provvidenza proibisce qualsiasi azione, pratica di ammissione o politica che scoraggerebbe le persone dal cercare cure mediche di emergenza, come consentire attività di recupero crediti che interferiscono con la fornitura di cure mediche di emergenza.

Elenco dei professionisti soggetti a Providence FAP: Ogni ospedale Providence identificherà specificamente un elenco di quei medici, gruppi medici o altri professionisti che forniscono servizi che sono e che non sono coperti da questa politica. I medici del pronto soccorso che forniscono servizi medici di emergenza ai pazienti negli ospedali di Providence California, sono tenuti dalla legge della California a fornire sconti a pazienti non assicurati o pazienti con costi medici elevati (come definito dalle politiche di prezzi equi dell'ospedale delineate nel Codice di salute e sicurezza della California (Sezioni 127400-127446)) che sono pari o inferiori al 400% della FPL. Ogni ospedale di Providence fornirà questo elenco a qualsiasi paziente che ne richieda una copia. L'elenco dei fornitori può anche essere trovato online sui siti web di Providence:
www.providence.org.

Requisiti di ammissibilità all'assistenza finanziaria: l'assistenza finanziaria è disponibile sia per i pazienti non assicurati che per i garanti laddove tale assistenza sia coerente con questa politica e con le leggi federali e statali che disciplinano le prestazioni consentite ai pazienti. Gli ospedali di Providence faranno uno sforzo ragionevole per determinare l'esistenza o l'inesistenza di una copertura di terze parti che potrebbe essere disponibile, in tutto o in parte, per le cure fornite dagli ospedali providence, prima di dirigere qualsiasi sforzo di raccolta al paziente. I pazienti non assicurati possono ricevere uno sconto non assicurato. I saldi di assistenza finanziaria ammissibili includono, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: auto-pagamento, spese per i pazienti con copertura da parte di un'entità senza un rapporto contrattuale, coassicurazione, franchigia e importi di pagamento relativi ai pazienti assicurati. Gli importi deducibili e di coassicurazione rivendicati come crediti inesigibili di Medicare saranno esclusi dalla segnalazione delle cure di beneficenza.

I pazienti che cercano assistenza finanziaria devono completare la domanda standard di assistenza finanziaria di Providence e l'ammissibilità sarà basata sulle esigenze finanziarie in quel momento. Saranno compiuti sforzi ragionevoli per notificare e informare i pazienti della disponibilità di assistenza finanziaria fornendo informazioni durante l'ammissione e la dimissione, sul rendiconto di fatturazione del paziente, nelle aree di fatturazione accessibili ai pazienti, sul sito web dell'ospedale di Providence, tramite notifica orale durante le discussioni di pagamento, nonché sulla segnaletica nelle aree ospedaliere e ambulatoriali ad alto volume, come l'ammissione e il pronto soccorso. Providence conserverà le informazioni utilizzate per determinare l'idoneità in conformità con le sue politiche di conservazione dei registri.

Richiesta di assistenza finanziaria: i pazienti o i garanti possono richiedere e presentare una domanda di assistenza finanziaria, che è gratuita e disponibile presso il ministero della Provvidenza o con i seguenti mezzi: consigliare il personale dei servizi finanziari dei pazienti al momento o prima del momento della dimissione che l'assistenza è richiesta e presentata con la documentazione completa; per posta, o visitando www.providence.org, scaricando e presentando la domanda completata con la documentazione. Una persona

che richiede assistenza finanziaria riceverà uno screening preliminare, che includerà una revisione del fatto che il paziente abbia esaurito o non sia idoneo per eventuali fonti di pagamento di terze parti.

Ogni ospedale di Providence deve mettere a disposizione personale designato per assistere i pazienti nel completamento della domanda di assistenza finanziaria e nella determinazione dell'idoneità per l'assistenza finanziaria della Provvidenza o l'assistenza finanziaria da programmi assicurativi finanziati dal governo, se applicabile. I servizi di interpretazione sono disponibili per rispondere a qualsiasi domanda o dubbio e per assistere nel completamento della domanda di assistenza finanziaria.

Un paziente o un garante che potrebbe essere idoneo a richiedere assistenza finanziaria può fornire una documentazione sufficiente a Providence per supportare la determinazione dell'ammissibilità in qualsiasi momento dopo aver appreso che il reddito di una parte scende al di sotto del FPL minimo secondo le normative federali e statali pertinenti.

Situazione finanziaria individuale: Reddito, attività monetarie e spese del paziente saranno utilizzati per valutare la situazione finanziaria individuale del paziente. Le attività monetarie non includono piani pensionistici o di retribuzione differita qualificati ai sensi dell'Internal Revenue Code né piani di retribuzione differita non qualificati.

Qualifiche di reddito: i criteri di reddito, basati sul livello di povertà federale (FPL), possono essere utilizzati per determinare l'idoneità per l'assistenza gratuita o scontata. Si prega di consultare l'Allegato B per i dettagli.

Determinazioni e approvazioni: i pazienti riceveranno la notifica della determinazione dell'idoneità FAP entro 30 giorni dalla presentazione della domanda di assistenza finanziaria completata e della documentazione necessaria. Una volta ricevuta una domanda, gli sforzi straordinari di raccolta saranno sostenuti fino a quando non verrà inviata al paziente una determinazione scritta dell'idoneità. L'ospedale non esefinirà una determinazione dell'ammissibilità all'assistenza sulla base di informazioni che l'ospedale ritiene errate o inaffidabili.

Risoluzione delle controversie: il paziente può appellarsi a una determinazione di ineleggibilità per l'assistenza finanziaria fornendo la documentazione aggiuntiva pertinente alla Provvidenza entro 30 giorni dal ricevimento della notifica di rifiuto. Tutti i ricorsi saranno esaminati e se la revisione conferma il rifiuto, la notifica scritta sarà inviata al garante e al Dipartimento di Stato della Salute, ove richiesto e in conformità con la legge. Il processo di appello finale si concluderà entro 10 giorni dal ricevimento del diniego da parte della Provvidenza. Un ricorso può essere inviato a Providence Regional Business Office, P.O. Box 3268, Portland, OR 97208-3395.

Carità presuntiva: la Provvidenza può approvare un paziente per un adeguamento di beneficenza al saldo del suo conto con mezzi diversi da una domanda di assistenza finanziaria completa. Tali determinazioni saranno effettuate su base presuntiva utilizzando uno strumento di valutazione finanziaria riconosciuto dal settore che valuta la capacità di pagare in base a documenti finanziari o di altro tipo disponibili pubblicamente, inclusi, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, il reddito familiare, le dimensioni della famiglia e la cronologia dei crediti e dei pagamenti.

Altre circostanze speciali: i pazienti che sono idonei per programmi qualificati FPL come Medicaid, MediCal e altri programmi di assistenza a basso reddito sponsorizzati dal governo, sono considerati indigenti. Pertanto, tali pazienti hanno diritto all'assistenza finanziaria quando i programmi negano il pagamento e quindi ritengono le spese fatturabili al paziente. I saldi dei conti dei pazienti derivanti da spese non rimborsate sono idonei per la cancellazione completa dell'ente di beneficenza. Inclusi, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, i servizi necessari dal punto di vista medico relativi a quanto segue:

- Degenze ospedaliere negate

- Giorni di degenza negati di cura
- Servizi non coperti
- Rifiuto della richiesta di autorizzazione al trattamento (TAR)
- Dinieghi dovuti a copertura limitata

Spese mediche catastrofiche: la Provvidenza, a sua discrezione, può concedere beneficenza in caso di spese mediche catastrofiche. Questi pazienti saranno trattati su base individuale.

Tempi di emergenza: l'assistenza finanziaria può essere disponibile a discrezione della Provvidenza in tempi di emergenza nazionale o statale, indipendentemente dall'assistenza per spese catastrofiche.

Limitazione delle spese per tutti i pazienti idonei all'assistenza finanziaria: nessun paziente che si qualifica per una delle categorie di assistenza sopra indicate sarà personalmente responsabile di più della percentuale di "Importi generalmente fatturati" (AGB) delle spese lorde, come definito di seguito.

Piano di pagamento ragionevole: una volta che un paziente è stato approvato per l'assistenza finanziaria parziale, ma ha ancora un saldo dovuto, providence negozierà un accordo di piano di pagamento. Il piano di pagamento ragionevole consiste in pagamenti mensili che non sono superiori al 10% del reddito mensile di un paziente o di una famiglia, escluse le detrazioni per le spese di soggiorno essenziali che il paziente ha elencato nella sua domanda di assistenza finanziaria. I piani di pagamento saranno privi di interessi. I tempi dei piani di pagamento saranno estesi per i pazienti con ricorsi di copertura pendenti.

Fatturazione e incassi: eventuali saldi non pagati dovuti da pazienti o garanti dopo l'applicazione di sconti disponibili, se presenti, possono essere riferiti a riscossioni. Gli sforzi di riscossione sui saldi non pagati cesseranno in attesa della determinazione finale dell'ammissibilità FAP. Providence non esegue, consente o consente alle agenzie di raccolta di eseguire azioni straordinarie di raccolta prima di: (a) fare uno sforzo ragionevole per determinare se il paziente si qualifica per l'assistenza finanziaria; o (b) 180 giorni dopo l'invio della prima dichiarazione del paziente. Per informazioni sulle pratiche di fatturazione e riscossione di Providence per gli importi dovuti dai pazienti, consultare la politica dell'ospedale Providence, disponibile gratuitamente presso il banco di registrazione di ogni ospedale Providence o all'indirizzo: www.providence.org.

Patient Refunds: In the event that a patient or guarantor has made a payment for services and subsequently is determined to be eligible for free or discounted care, any payments made related to those services during the FAP-eligible time period which exceed the payment obligation will be refunded, in accordance with state regulations.

Revisione annuale: questa politica di assistenza finanziaria della Provvidenza (Charity Care) sarà rivista su base annuale dalla leadership designata del ciclo delle entrate.

ECCEZIONI:

Vedi Ambito sopra.

DEFINIZIONI:

Ai fini della presente informativa si applicano le seguenti definizioni e requisiti:

1. Livello di povertà federale (FPL): FPL indica le linee guida sulla povertà aggiornate periodicamente nel registro federale dal Dipartimento della salute e dei servizi umani degli Stati Uniti.

2. Importi generalmente fatturati (AGB): gli importi generalmente fatturati per l'emergenza e altre cure mediche necessarie ai pazienti per avere un'assicurazione sanitaria sono indicati nella polizza come AGB. Providence Southern California e Providence Northern California ad eccezione di Healdsburg utilizzano il look-back AGB che è determinato moltiplicando le spese lorde dell'ospedale per qualsiasi emergenza o assistenza medica necessaria per una percentuale fissa che si basa sulle richieste consentite ai sensi di Medicare. Healdsburg utilizzerà il potenziale metodo Medicare per determinare l'AGB. Il potenziale AGB equivale all'importo che verrebbe rimborsato dalla commissione medicare per il servizio, più l'importo che il paziente sarebbe responsabile del pagamento sotto forma di co-pagamenti, coassicurazione e franchigie, se lui o lei fosse un beneficiario di Medicare al momento del servizio. I fogli informativi che descrivono in dettaglio le percentuali di AGB utilizzate da ciascun ospedale di Providence e il modo in cui vengono calcolate, possono essere ottenuti visitando il seguente sito Web: www.providence.org o chiamando il numero 1-866-747-2455 per richiederne una copia.
3. Azione straordinaria di riscossione (ECA): le ECA sono definite come quelle azioni che richiedono un processo legale o giudiziario, comportano la vendita di un debito a un'altra parte o la segnalazione di informazioni avverse alle agenzie o agli uffici di credito. Le azioni che richiedono un processo legale o giudiziario a tale scopo includono un vincolo; pignoramento su beni immobili; pignoramento o sequestro di un conto bancario o di altri beni personali; avvio di un'azione civile nei confronti di un individuo; azioni che causano l'arresto di un individuo; azioni che fanno sì che un individuo sia soggetto all'attaccamento al corpo; e pignoramento salariale.
4. Costi medici elevati: i costi medici elevati sono quelli definiti dalle politiche di prezzo equo dell'ospedale - Codice di salute e sicurezza della California (sezioni 127400-127446), essendo: (1) costi annuali di tasca propria sostenuti dall'individuo presso l'ospedale di Providence che superano il 10% del reddito familiare del paziente nei 12 mesi precedenti, (2) spese vive annuali che superano il 10% del reddito familiare del paziente, se il paziente fornisce la documentazione delle spese mediche del paziente pagate dal paziente o dalla famiglia del paziente nei 12 mesi precedenti, o (3) un livello inferiore determinato dall'ospedale providence in conformità con la politica di assistenza di beneficenza dell'ospedale di Providence.

REFERENZE:

<i>Internal Revenue Code Section 501(r); 26 C.F.R. 1.501(r)(1) – 1.501(r)(7)</i>
<i>California Health and Safety Codes section 127000 -127446</i>
<i>Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA), 42 U.S.C. 1395dd</i>
<i>42 C.F.R. 482.55 and 413.89</i>
<i>American Hospital Associations Charity Guidelines</i>
<i>California Hospital Association Charity Guidelines</i>
<i>California Alliance on Catholic Healthcare Charitable Services Guidelines</i>
<i>Providence Commitment to the Uninsured Guidelines</i>
<i>Provider Reimbursement Manual, Part I, Chapter 3, Section 312</i>



Allegato A – Elenco delle strutture coperte

Providence Hospitals in Southern California	
Providence Saint Joseph Medical Center	Providence Holy Cross Medical Center
Providence Little Company of Mary Medical Center San Pedro	Providence Saint John's Health Center
Providence Cedars-Sinai Tarzana Medical Center	Providence Little Company of Mary Medical Center Torrance
Providence St. Joseph Hospital Orange	Providence St. Jude Medical Center
Providence St. Mary Medical Center	Providence Mission Hospital Laguna Beach
Providence Mission Hospital Mission Viejo	

Providence Hospitals in Northern California	
Providence St. Joseph Hospital	Providence Redwood Memorial Hospital
Providence Santa Rosa Memorial Hospital	Providence Queen of the Valley Medical Center

NorCal Health Connect Hospitals	
Petaluma Valley Hospital	Healdsburg Hospital

Allegato B - Qualifiche di reddito per gli ospedali di Providence nel sud della California

Se...	Allora...
Il reddito familiare annuo, corretto per le dimensioni della famiglia, è pari o inferiore al 300% delle attuali linee guida FPL,	Il paziente è determinato ad essere finanziariamente indigente e si qualifica per l'assistenza finanziaria al 100% di cancellazione sugli importi di responsabilità del paziente.
Il reddito familiare annuo, corretto per le dimensioni della famiglia, è compreso tra il 301% e il 400% delle attuali linee guida del PQ,	Il paziente ha diritto a uno sconto dell'81% dalle spese originali sugli importi di responsabilità del paziente.
Se il reddito familiare annuale, corretto per le dimensioni della famiglia, è pari o inferiore al 400% del FPL <u>E</u> il paziente ha sostenuto spese mediche totali negli ospedali di Providence nei 12 mesi precedenti superiori al 20% del proprio reddito familiare annuale, adeguato per le dimensioni della famiglia, per i servizi soggetti a questa politica,	Il paziente ha diritto a benefici di beneficenza al 100% sugli importi di responsabilità del paziente.

Qualifiche di reddito per gli ospedali Providence nel nord della California e norCal Health Connect negli ospedali della California settentrionale

Se...	Allora...
Il reddito familiare annuo, corretto per le dimensioni della famiglia, è pari o inferiore al 300% delle attuali linee guida FPL,	Il paziente è determinato ad essere finanziariamente indigente e si qualifica per l'assistenza finanziaria al 100% di cancellazione sugli importi di responsabilità del paziente.
Il reddito familiare annuo, corretto per le dimensioni della famiglia, è compreso tra il 301% e il 400% delle attuali linee guida del PQ,	Il paziente ha diritto a uno sconto dell'80% dalle spese originali sugli importi di responsabilità del paziente.
Se il reddito familiare annuale, corretto per le dimensioni della famiglia, è pari o inferiore al 400% del FPL <u>E</u> il paziente ha sostenuto spese mediche totali negli ospedali di Providence nei 12 mesi precedenti superiori al 20% del proprio reddito familiare annuale, adeguato per le dimensioni della famiglia, per i servizi soggetti a questa politica,	Il paziente ha diritto a benefici di beneficenza al 100% sugli importi di responsabilità del paziente.