

เรื่อง: นโยบายความช่วยเหลือทางการเงิน (การดูแลการกุศล) - แคลิฟอร์เนีย	หมายเลขกรรมธรรม์: PSJH RCM 002 CAL	
แผนก: การจัดการวางจรรยาได้	<input type="checkbox"/> ใหม่ <input checked="" type="checkbox"/> ปรับปรุง <input type="checkbox"/> รีวิวแล้ว	วันที่: 1 / 1 / 2022
ผู้สนับสนุนผู้บริหาร: คิมเบอร์ลี ซัลลิแวน ประธานเจ้าหน้าที่บริหารฝ่ายบริหารธุรกิจรายได้ SVP	เจ้าของกรรมธรรม์: กรรมการบริหาร, การให้คำปรึกษาทางการเงิน	
อนุมัติโดย: คณะกรรมการส่งเสริมการเลี้ยงชีพ	วันที่ดำเนินการ: 12/1/2021	

พรอวิเดนซ์เป็นองค์กรด้านการดูแลสุขภาพที่ไม่แสวงหาผลกำไรของคาทอลิกซึ่งได้รับคำแนะนำจากความมุ่งมั่นในการปฏิบัติภารกิจในการให้บริการทุกคนโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ยากจนและเปราะบางโดยคำนึงถึงหลักของความเห็นอกเห็นใจศักดิ์ศรีความยุติธรรมความเป็นเลิศและความซื่อสัตย์และโดยความเชื่อที่ว่า การดูแลสุขภาพเป็นสิทธิมนุษยชน

มันเป็นปรัชญาและการปฏิบัติของโรงพยาบาลพรอวิเดนซ์แต่ละแห่งที่บริการด้านการดูแลสุขภาพที่เกิดขึ้นใหม่และจำเป็นทางการแพทย์พร้อมให้บริการสำหรับผู้ที่อยู่ในชุมชนที่เราให้บริการโดยไม่คำนึงถึงความสามารถในการจ่าย

ขอบเขต:

นโยบายนี้มีผลบังคับใช้กับโรงพยาบาลพรอวิเดนซ์ - แคลิฟอร์เนีย ("พรอวิเดนซ์") ทั้งหมดในลอสแอนเจลิสออเรนจ์ทะเลทรายสูงฮัมโบลด์โซโนมาและนาปาเคาน์ตีในรัฐแคลิฟอร์เนียและบริการฉุกเฉินเร่งด่วนและจำเป็นทางการแพทย์อื่น ๆ ที่จัดทำโดยโรงพยาบาลพรอวิเดนซ์และนอร์คัลเฮลธ์คอนเนคในแคลิฟอร์เนีย (ยกเว้นการดูแลทดลองหรือสืบสวน) รายชื่อโรงพยาบาลพรอวิเดนซ์ที่ครอบคลุมโดยนโยบายนี้สามารถพบได้ในรายการสิ่งอำนวยความสะดวกที่ครอบคลุม

นโยบายนี้จะถูกตีความในลักษณะที่สอดคล้องกับมาตรา 501 (r) ของประมวลรัฐฎากรภายในปี 1986 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมและในส่วนที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลพรอวิเดนซ์ในแคลิฟอร์เนียนโยบายการกำหนดราคาที่เป็นธรรมของโรงพยาบาลที่ระบุไว้ในประมวลกฎหมายสุขภาพและความปลอดภัยของรัฐแคลิฟอร์เนีย (มาตรา 127400-127446) ในกรณีที่มีความขัดแย้งระหว่างบทบัญญัติของกฎหมายดังกล่าวกับนโยบายนี้ให้กฎหมายดังกล่าวควบคุม

วัตถุประสงค์:

วัตถุประสงค์ของนโยบายนี้คือเพื่อให้แน่ใจว่าวิธีการที่เป็นธรรมไม่เลือกปฏิบัติมีประสิทธิภาพและสม่ำเสมอสำหรับการจัดหาความช่วยเหลือทางการเงิน (การดูแลการกุศล) ให้กับบุคคลที่มีสิทธิ์ที่ไม่สามารถชำระเงินเต็มจำนวนหรือบางส่วนสำหรับเหตุฉุกเฉินที่จำเป็นทางการแพทย์และบริการโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่จัดทำโดยโรงพยาบาลพรอวิเดนซ์

มันเป็นเจตนาของนโยบายนี้จะปฏิบัติตามกฎหมายของรัฐบาลกลางรัฐและท้องถิ่นทั้งหมด นโยบายนี้และโปรแกรมความช่วยเหลือทางการเงินในที่นี่ถือเป็นนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินอย่างเป็นทางการ ('FAP') และนโยบายการดูแลทางการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับแต่ละโรงพยาบาลที่เป็นเจ้าของเขาหรือดำเนินการโดย Providence

นโยบาย:

พรอวิเดนซ์จะให้บริการโรงพยาบาลฟรีหรือลดราคาแก่ผู้มีรายได้น้อยที่มีคุณสมบัติไม่มีประกันและด้อยการประกันและผู้ป่วยที่มีค่ารักษาพยาบาลสูงในฐานะผู้ที่อยู่ในหรือต่ำกว่าร้อยละ 400 ของ FPL

เมื่อความสามารถในการชำระค่าบริการเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงภาวะฉุกเฉินที่จำเป็นทางการแพทย์และการดูแลโรงพยาบาลอื่น ๆ และไม่มีภาระบัพแห่งความคุ้มครองอื่น

ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดคุณสมบัติที่อธิบายไว้ในนโยบายนี้เพื่อให้มีคุณสมบัติ

โรงพยาบาลพรอวิเดนซ์ที่มีแผนฉุกเฉินโดยเฉพาะจะให้การดูแลฉุกเฉินในทางการแพทย์ฉุกเฉิน

(ภายในความหมายของพระราชบัญญัติการรักษาพยาบาลฉุกเฉินและแรงงาน)

ที่สอดคล้องกับความสามารถที่มีอยู่โดยไม่คำนึงว่าบุคคลนั้นมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือทางการเงินหรือไม่

พรอวิเดนซ์จะไม่เลือกปฏิบัติบนพื้นฐานของอายุเชื้อชาติสีผิวเชื้อชาติศาสนาชาติกำเนิดสถานภาพการสมรสเพศสเนียมทางเพศอัตลักษณ์ทางเพศหรือการแสดงออกความพิการสถานะทหารผ่านศึกหรือทหารหรือพื้นฐานอื่น ๆ

ที่ห้ามโดยกฎหมายของรัฐบาลกลางรัฐหรือท้องถิ่นเมื่อทำการให้ความช่วยเหลือทางการเงิน

โรงพยาบาลพรอวิเดนซ์จะให้การตรวจคัดกรองทางการแพทย์ฉุกเฉินและการรักษาเสถียรภาพหรืออ้างอิงและถ่ายโอนบุคคลหากการถ่ายโอนดังกล่าวเหมาะสมตาม 42 C.F.R 482.55 พรอวิเดนซ์ห้ามการกระทำการปฏิบัติการรับสมัครหรือนโยบายใด ๆ ที่จะกีดกันบุคคลจากการแสวงหาการดูแลทางการแพทย์ฉุกเฉินเช่นการอนุญาตให้มีกิจกรรมการทงหนี่ที่รับกวนการจัดการดูแลทางการแพทย์ฉุกเฉิน

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญภายใต้ Providence FAP:

โรงพยาบาลพรอวิเดนซ์แต่ละแห่งจะระบุรายชื่อแพทย์กลุ่มแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญอื่น ๆ

ที่ให้บริการที่ไม่อยู่ภายใต้นโยบายนี้โดยเฉพาะ

แพทย์ห้องฉุกเฉินที่ให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยที่โรงพยาบาลพรอวิเดนซ์แคลิฟอร์เนียจะต้องให้ส่วนลดแก่ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันหรือผู้ป่วยที่มีค่ารักษาพยาบาลสูง

(ตามที่กำหนดโดยนโยบายการกำหนดราคาที่เป็นธรรมของโรงพยาบาลที่ระบุไว้ในรหัสสุขภาพและความปลอดภัยของรัฐแคลิฟอร์เนีย (มาตรา 127400-127446)) ที่อยู่หรือต่ำกว่า 400% ของ FPL

โรงพยาบาลพรอวิเดนซ์แต่ละแห่งจะให้รายการนี้แก่ผู้ป่วยที่ขอสำเนา

รายชื่อผู้ให้บริการสามารถพบได้ทางออนไลน์ที่เว็บไซต์พรอวิเดนซ์:

www.providence.org.

ข้อกำหนดคุณสมบัติความช่วยเหลือทางการเงิน:

ความช่วยเหลือทางการเงินมีให้สำหรับผู้ป่วยและผู้ค้าประกันทั้งที่ไม่มีประกันและผู้ประกันตนซึ่งความช่วยเหลือดังกล่าวสอดคล้องกับนโยบายนี้และกฎหมายของรัฐบาลกลางและรัฐที่ควบคุมผลประโยชน์ที่อนุญาตสำหรับผู้ป่วย

โรงพยาบาลพรอวิเดนซ์จะพยายามตามสมควรในการพิจารณาการดำรงอยู่หรือไม่มีอยู่จริงของความคุ้มครองของบุคคลที่สามซึ่งอาจ มีให้บริการทั้งหมดหรือบางส่วนสำหรับ

การดูแลที่จัดทำโดยโรงพยาบาลพรอวิเดนซ์ก่อนที่จะกำกับความพยายามในการรวบรวมใด ๆ ที่ผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันอาจได้รับส่วนลดที่ไม่มีประกัน ยอดดุลความช่วยเหลือทางการเงินที่มีสิทธิรวมถึง แต่ไม่ จำกัด เพียงสิ่งต่อไปนี้:

การจ่ายเงินด้วยตนเองค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยที่มีความคุ้มครองจากนิติบุคคลที่ไม่มีความสัมพันธ์ตามสัญญาการประกันภัยหรือการหักลดหย่อนและจำนวนเงินที่ชำระร่วมกับเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่เอาประกันภัย จำนวนเงินค่าลดหย่อนและค่าประกันภัยที่อ้างว่าเป็นหนี้เสียของเมดิแคร์จะไม่รวมอยู่ในการรายงานการดูแลการกุศล

ผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือทางการเงินจะต้องกรอกใบสมัครความช่วยเหลือทางการเงินของพรอวิเดนซ์มาตรฐานและคุณสมบัติจะขึ้นอยู่กับความต้องการทางการเงินในเวลานั้น

มีความพยายามอย่างสมเหตุสมผลในการแจ้งและแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงความพร้อมของความช่วยเหลือทางการเงินโดยการให้ข้อมูลในระหว่างการเข้าและออกจากโรงพยาบาลในใบแจ้งยอดการเรียกเก็บเงินของผู้ป่วยในพื้นที่เรียกเก็บเงินที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้บนเว็บไซต์ของโรงพยาบาลพรอวิเดนซ์โดยการแจ้งเตือนด้วยปากในระหว่างการอภิปรายการชำระเงินรวมถึงป้ายในพื้นที่ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในปริมาณมากเช่นการยอมรับและแผนฉุกเฉิน

พรอวิเดนซ์จะเก็บข้อมูลที่ใช้ในการกำหนดคุณสมบัติตามนโยบายการรักษาเรกอร์ด

การสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน: ผู้ป่วยหรือผู้ค้ำประกันอาจร้องขอและส่งใบสมัครความช่วยเหลือทางการเงินซึ่งไม่มีค่าใช้จ่ายและมีให้บริการที่กระทรวงพรอวิเดนซ์หรือโดยวิธีการต่อไปนี้:

ให้คำแนะนำเจ้าหน้าที่บริการทางการเงินของผู้ป่วยในเวลาหรือก่อนเวลาปิดประจำการว่ามีการขอความช่วยเหลือและส่งพร้อมเอกสารที่สมบูรณ์ทางไปรษณีย์หรือโดยการเยี่ยมชม www.providence.org

ดาวน์โหลดและส่งใบสมัครที่เสร็จสมบูรณ์พร้อมเอกสาร

บุคคลที่ยื่นขอความช่วยเหลือทางการเงินจะได้รับการตรวจสอบเบื้องต้นซึ่งจะรวมถึงการตรวจสอบว่าผู้ป่วยหมดหรือไม่มีสิทธิ์ได้รับแหล่งการชำระเงินของบุคคลที่สาม

โรงพยาบาลพรอวิเดนซ์แต่ละแห่งจะต้องให้บุคลากรที่ได้รับมอบหมายเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการกรอกใบสมัครความช่วยเหลือทางการเงินและกำหนดคุณสมบัติสำหรับความช่วยเหลือทางการเงินหรือความช่วยเหลือทางการเงินจากโครงการประกันภัยที่ได้รับทุนจากรัฐบาลหากมี มีบริการล่ามเพื่อตอบคำถามหรือข้อสงสัยใด ๆ

และเพื่อช่วยในการดำเนินการสมัครความช่วยเหลือทางการเงินให้เสร็จสมบูรณ์

ผู้ป่วยหรือผู้ค้ำประกันที่อาจมีสิทธิ์ยื่นขอความช่วยเหลือทางการเงินอาจให้เอกสารที่เพียงพอแก่ Providence

เพื่อสนับสนุนการกำหนดคุณสมบัติได้ตลอดเวลาเมื่อทราบรายได้ของฝ่ายลดลงต่ำกว่า FPL

ขั้นต่ำตามกฎระเบียบของรัฐบาลกลางและรัฐที่เกี่ยวข้อง

สถานการณ์ทางการเงินรายบุคคล:

รายได้

สินทรัพย์ทางการเงิน

และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยจะนำไปใช้ในการประเมินสถานการณ์ทางการเงินรายบุคคลของผู้ป่วย

สินทรัพย์ทางการเงินจะไม่รวมถึงแผนค่าตอบแทนเกษียณอายุหรือรายการตัดบัญชีที่ผ่านการรับรองภายใต้ประมวลรัษฎากรภายในหรือแผนค่าตอบแทนรายการตัดบัญชีที่ไม่มีคุณสมบัติ

คุณสมบัติรายได้: เกณฑ์รายได้ตามระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง (FPL)

อาจใช้เพื่อกำหนดสิทธิ์สำหรับการดูแลฟรีหรือลดราคา โปรดดูที่นิตยสาร B สำหรับรายละเอียด

การกำหนดและการอนุมัติ: ผู้ป่วยจะได้รับการแจ้งเตือนการกำหนดคุณสมบัติ FAP ภายใน 30

วันนับจากวันที่ส่งใบสมัครความช่วยเหลือทางการเงินที่เสร็จสมบูรณ์และเอกสารที่จำเป็น

เมื่อได้รับใบสมัครแล้วความพยายามในการรวบรวมพิเศษจะถูกลงโทษจนกว่าจะมีการส่งคุณสมบัติเป็นลายลักษณ์อักษรไปยังผู้ป่วย โรงพยาบาลจะไม่กำหนดคุณสมบัติในการให้ความช่วยเหลือตามข้อมูลที่โรงพยาบาลเชื่อว่าไม่ถูกต้องหรือไม่น่าเชื่อถือ

การระงับข้อพิพาท:

ผู้ป่วยอาจอุทธรณ์คำตัดสินว่าไม่มีความรอบคอบในการให้ความช่วยเหลือทางการเงินโดยให้เอกสารเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องแก่พรอวิเดนซ์ภายใน 30 วันนับจากวันที่ได้รับหนังสือแจ้งการปฏิเสธ

การอุทธรณ์ทั้งหมดจะได้รับการตรวจสอบและหากการตรวจสอบยืนยันการปฏิเสธการแจ้งเตือนเป็นลายลักษณ์อักษรจะถูกส่งไปยังผู้ค้าประกันและกระทรวงสาธารณสุขของรัฐตามความจำเป็นและตามกฎหมาย กระบวนการอุทธรณ์ขั้นสุดท้ายจะสรุปภายใน 10 วันหลังจากได้รับปฏิเสธโดย Providence การอุทธรณ์อาจถูกส่งไปยังสำนักงานธุรกิจภูมิภาคพรอวิเดนซ์ที่ P.O. 3268 พอร์ตแลนด์หรือ 97208-3395

องค์กรการกุศลที่สนับสนุน:

พรอวิเดนซ์อาจอนุมัติให้ผู้ป่วยปรับยอดคงเหลือในบัญชีขององค์กรการกุศลโดยวิธีอื่นนอกเหนือจากแอปพลิเคชันความช่วยเหลือทางการเงินเต็มรูปแบบ ความมุ่งมั่นดังกล่าวจะทำงานพื้นฐานที่สนับสนุนโดยใช้เครื่องมือประเมินทางการเงินที่ได้รับการยอมรับในอุตสาหกรรมที่ประเมินความสามารถในการชำระเงินตามบันทึกทางการเงินหรืออื่น ๆ ที่เปิดเผยต่อสาธารณชนรวมถึง แต่ไม่จำกัดเพียงรายได้ของครัวเรือนขนาดครัวเรือนและประวัติเครดิตและการชำระเงิน

สถานการณ์พิเศษอื่น ๆ: ผู้ป่วยที่มีสิทธิ์ได้รับโปรแกรมที่ผ่านการรับรอง FPL เช่น Medicaid, MediCal และโครงการช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลอื่น ๆ จะถือว่าไม่สมัครใจ ดังนั้นผู้ป่วยดังกล่าวจึงมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินเมื่อโปรแกรมปฏิเสธการชำระเงินแล้วถือว่าค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บเงินได้สำหรับผู้ป่วย ยอดคงเหลือในบัญชีผู้ป่วยที่เกิดจากค่าใช้จ่ายที่ไม่คืนเงินจะมีสิทธิ์ถูกตัดจ่ายการกุศลเต็มรูปแบบ รวมถึง แต่ไม่จำกัดเฉพาะบริการที่จำเป็นทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งต่อไปนี้:

1. ปฏิเสธการเข้าพักแบบผู้ป่วยใน
2. ปฏิเสธวันดูแลผู้ป่วยใน
3. บริการที่ไม่ครอบคลุม
4. การปฏิเสธคำขออนุญาตการรักษา (TAR)
5. การปฏิเสธเนื่องจากความคุ้มครองที่จำกัด

คำปรึกษาพยาบาลหายนะ: การจัดเตรียมตามดุลยพินิจของมันอาจให้การกุศลในกรณีที่มีคำปรึกษาพยาบาลที่รุนแรง ผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับการจัดการเป็นรายบุคคล

เวลาฉุกเฉิน:

ความช่วยเหลือทางการเงินอาจมีอยู่ในดุลยพินิจของพรอวิเดนซ์ในช่วงเวลาฉุกเฉินระดับชาติหรือของรัฐโดยไม่ขึ้นกับความช่วยเหลือสำหรับค่าใช้จ่ายภัยพิบัติ

ข้อจำกัดเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยทุกคนที่มีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน:

"ไม่มีผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติสำหรับประเภทของความช่วยเหลือที่ระบุไว้ข้างต้นจะต้องรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมมากกว่า "จำนวนเงินที่เรียกเก็บเงินโดยทั่วไป" (AGB) ของค่าใช้จ่ายรวมตามที่กำหนดไว้ด้านล่าง

แผนการชำระเงินที่เหมาะสม: เมื่อผู้ป่วยได้รับการอนุมัติให้ให้ความช่วยเหลือทางการเงินบางส่วน

แต่ยังคงมียอดคงเหลือที่ต้องชำระแล้ว Providence จะเจรจาข้อตกลงแผนการชำระเงิน

แผนการชำระเงินที่เหมาะสมจะประกอบด้วยการชำระเงินรายเดือนที่ไม่เกินร้อยละ 10

ของรายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยหรือครอบครัวไม่รวมการหักค่าใช้จ่ายที่จำเป็นสำหรับค่าครองชีพที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยระบุไว้ในใบสมัคร ความช่วยเหลือทางการเงินของพวกเขา แผนการชำระเงินจะปลอดดอกเบี้ย

ระยะเวลาของแผนการชำระเงินจะขยายออกไปสำหรับผู้ป่วยที่มีการอุทธรณ์ความคุ้มครองที่รอดำเนินการ

การเรียกเก็บเงินและการเรียกเก็บเงิน: ยอดคงเหลือที่ยังไม่ได้ชำระใด ๆ

ที่ค้างชำระโดยผู้ป่วยหรือผู้ค้ำประกันหลังจากการใช้ส่วนลดที่มีอยู่อาจมีการอ้างถึงการเรียกเก็บเงิน

ความพยายามในการรวบรวมยอดคงเหลือที่ยังไม่ได้ชำระจะสิ้นสุดลงระหว่างการพิจารณาสีทธิ FAP ชั้นสุดท้ายที่ค้างอยู่

พรอวิเดนซ์ไม่ดำเนินการอนุญาตหรืออนุญาตให้หน่วยงานรวบรวมดำเนินการใด ๆ

ที่เก็บรวบรวมพิเศษก่อนที่จะอย่างใดอย่างหนึ่ง: (ก)

พยายามอย่างสมเหตุสมผลเพื่อตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีคุณสมบัติสำหรับความช่วยเหลือทางการเงิน หรือ (ข) 180

วันหลังจากส่งค่าให้การของผู้ป่วยรายแรก

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการเรียกเก็บเงินและการเรียกเก็บเงินสำหรับจำนวนเงินที่ผู้ป่วยค้างชำระโปรดดูนโยบายของโรงพยาบาลพรอวิเดนซ์ซึ่งมีให้บริการฟรีที่โต๊ะลงทะเบียนของโรงพยาบาลพรอวิเดนซ์แต่ละแห่งหรือที่: www.providence.org.

การคืนเงินของผู้ป่วย:

ในกรณีที่ผู้ป่วยหรือผู้ค้ำประกันได้ชำระเงินสำหรับบริการและต่อมากจะมุ่งมั่นที่จะมีสิทธิได้รับการดูแลฟรีหรือลดราคาการชำระเงินใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการเหล่านั้นในช่วงเวลาที่มีสิทธิ FAP

ซึ่งเกินการผูกพันในการชำระเงินจะได้รับเงินคืนตามข้อบังคับของรัฐ

การทบทวนประจำปี: นโยบายความช่วยเหลือทางการเงิน (การดูแลการกุศล)

นี้จะได้รับการตรวจสอบเป็นประจำทุกปีโดยผู้วางจรรยาได้ที่กำหนด

ข้อ ยก เว้น:

ดูขอบเขตด้านบน

คำ นิยาม:

สำหรับวัตถุประสงค์ของนโยบายนี้ ให้ใช้ข้อกำหนดและข้อกำหนดต่อไปนี้:

1. ระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง (FPL): FPL

หมายถึงแนวทางความยากจนที่ได้รับการปรับปรุงเป็นระยะในการลงทะเบียนของรัฐบาลกลางโดยกระทรวงสาธารณสุขและบริการมนุษย์ของสหรัฐอเมริกา

2. จำนวนเงินที่เรียกเก็บโดยทั่วไป (AGB):

จำนวนเงินที่เรียกเก็บโดยทั่วไปสำหรับการดูแลฉุกเฉินและการดูแลที่จำเป็นทางการแพทย์อื่น ๆ

ให้กับผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพจะเรียกว่าในกรณีเป็น AGB

พรอวิเดนซ์เซาเทิร์นแคลิฟอร์เนียและพรอวิเดนซ์แคลิฟอร์เนียตอนเหนือยกเว้น Healdsburg ใช้ AGB

มองย้อนกลับซึ่งกำหนดโดยการคูณค่าใช้จ่ายขั้นต้นของโรงพยาบาลสำหรับการดูแลฉุกเฉินหรือทางการแพทย์ที่จำเป็นตามเปอร์เซ็นต์คงที่ซึ่งขึ้นอยู่กับการเรียกร้องที่ได้รับอนุญาตภายใต้ Medicare Healdsburg

จะใช้วิธีการเมดิแคร์ที่คาดหวังในการกำหนด AGB AGB

ที่คาดหวังเท่ากับจำนวนเงินที่จะจ่ายคืนโดยค่าธรรมเนียมเมดิแคร์สำหรับการให้บริการบวกกับจำนวนเงินที่ผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบในการชำระเงินในรูปแบบของการชำระเงินร่วมประกันร่วมและค่าลดหย่อนถ้าเขาหรือเธอเป็นผู้รับผิดชอบ

นั้นเมดิแคร์ในเวลาให้บริการ เอกสารข้อมูลที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับเปอร์เซ็นต์ AGB

ที่โรงพยาบาลพรอวิเดนซ์แต่ละแห่งใช้และวิธีการคำนวณสามารถรับได้โดยไปที่เว็บไซต์ต่อไปนี้:

www.providence.org หรือโทร 1-866-747-2455 เพื่อขอสำเนา

3. การดำเนินการรวบรวมพิเศษ (ECA): ECAs

หมายถึงการกระทำที่ต้องใช้กระบวนการทางกฎหมายหรือกระบวนการยุติธรรมเกี่ยวข้องกับการขายหนี้ให้กับบุคคลอื่น หรือรายงานข้อมูลที่ไม่พึงประสงค์ไปยังหน่วยงานเครดิตหรือสำนักงาน
 การกระทำที่ต้องใช้กระบวนการทางกฎหมายหรือกระบวนการยุติธรรมเพื่อจุดประสงค์นี้รวมถึง lien; การยึดทรัพย์สินในทรัพย์สินจริง การแนบหรือยึดบัญชีธนาคารหรือทรัพย์สินส่วนบุคคลอื่น ๆ
 เริ่มดำเนินการทางแพ่งกับบุคคล การกระทำที่ทำให้เกิดการจับกุมของบุคคล
 การกระทำที่ทำให้บุคคลอยู่ภายใต้สิ่งที่แนบมาของร่างกาย และเครื่องปรุงค่าจ้าง

4. ค่ารักษาพยาบาลสูง:

ค่ารักษาพยาบาลสูงคือค่ารักษาพยาบาลที่กำหนดโดยนโยบายการกำหนดราคาที่เป็นธรรมของโรงพยาบาล - รักษาสุขภาพและความปลอดภัยแคลิฟอร์เนีย (มาตรา 127400-127446) คือ: (1)
 ค่าใช้จ่ายนอกกระเป๋าต่อปีที่เกิดขึ้นโดยบุคคลในโรงพยาบาลพรอวิเดนซ์ที่เกินร้อยละ 10 ของรายได้ครอบครัวของผู้ป่วยในช่วง 12 เดือนก่อนหน้า (2) ค่าใช้จ่ายนอกกระเป๋าต่อปีที่เกินร้อยละ 10 ของรายได้ครอบครัวของผู้ป่วย
 หากผู้ป่วยให้เอกสารค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่จ่ายโดยผู้ป่วยหรือครอบครัวของผู้ป่วยในช่วง 12 เดือนก่อนหน้าหรือ (3)
 ระดับที่ต่ำกว่าที่กำหนดโดยโรงพยาบาลพรอวิเดนซ์ตามนโยบายการดูแลการกุศลของโรงพยาบาลพรอวิเดนซ์

อ้างอิง:

<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>



จัดแสดง A - รายการสิ่งอำนวยความสะดวกที่ครอบคลุม

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

นิทรรศการ B - คุณสมบัติรายได้สำหรับโรงพยาบาลพรอวิเดนซ์ในแคลิฟอร์เนียตอนใต้

ถ้า	แล้ว
รายได้ของครอบครัวประจำปีซึ่งปรับตามขนาดครอบครัวอยู่ที่หรือต่ำกว่า 300% ของแนวทาง FPL ปัจจุบัน	ผู้ป่วยจะถูกพิจารณาว่าไม่มีตัวตนทางการเงินและมีคุณสมบัติสำหรับความช่วยเหลือทางการเงิน 100% ตัดจำหน่ายในจำนวนความรับผิดชอบของผู้ป่วย
รายได้ของครอบครัวต่อปีซึ่งปรับตามขนาดครอบครัวอยู่ระหว่าง 301% ถึง 400% ของแนวทาง FP ปัจจุบัน	ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับส่วนลด 81% จากค่าใช้จ่ายเต็มสำหรับจำนวนความรับผิดชอบของผู้ป่วย
หากรายได้ของครอบครัวต่อปีซึ่งปรับตามขนาดครอบครัวอยู่ที่หรือต่ำกว่า 400% FPL และผู้ป่วยต้องเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดที่โรงพยาบาลพรอวิเดนซ์ในช่วง 12 เดือนก่อนหน้าเกินกว่า 20% ของรายได้ครอบครัวประจำปีซึ่งปรับตามขนาดครอบครัวสำหรับบริการภายใต้นโยบายนี้	ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับผลประโยชน์การกุศล 100% จากจำนวนความรับผิดชอบของผู้ป่วย

คุณสมบัติรายได้สำหรับโรงพยาบาลพรอวิเดนซ์ในแคลิฟอร์เนียตอนเหนือและโรงพยาบาล NorCal Health Connect ในแคลิฟอร์เนียตอนเหนือ

ถ้า	แล้ว
รายได้ของครอบครัวประจำปีซึ่งปรับตามขนาดครอบครัวอยู่ที่หรือต่ำกว่า 300% ของแนวทาง FPL ปัจจุบัน	ผู้ป่วยจะถูกพิจารณาว่าไม่มีตัวตนทางการเงินและมีคุณสมบัติสำหรับความช่วยเหลือทางการเงิน 100% ตัดจำหน่ายในจำนวนความรับผิดชอบของผู้ป่วย
รายได้ของครอบครัวต่อปีซึ่งปรับตามขนาดครอบครัวอยู่ระหว่าง 301% ถึง 400% ของแนวทาง FP ปัจจุบัน	ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับส่วนลด 80% จากค่าใช้จ่ายเต็มสำหรับจำนวนเงินรับผิดชอบของผู้ป่วย
หากรายได้ของครอบครัวต่อปีซึ่งปรับตามขนาดครอบครัวอยู่ที่หรือต่ำกว่า 400% FPL และผู้ป่วยต้องเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดที่โรงพยาบาลพรอวิเดนซ์ในช่วง 12 เดือนก่อนหน้าเกินกว่า 20% ของรายได้ครอบครัวประจำปีซึ่งปรับตามขนาดครอบครัวสำหรับบริการภายใต้นโยบายนี้	ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับผลประโยชน์การกุศล 100% จากจำนวนความรับผิดชอบของผู้ป่วย