



Oggetto: Providence Financial Politica di assistenza (Charity Care) - Washington	Numero polizza: PSJH RCM 002 WA	
Dipartimento: Gestione del ciclo delle entrate	<input checked="" type="checkbox"/> Rivisto <input type="checkbox"/> Nuovo <input type="checkbox"/> Recensione	Giorno: 06/01/2022
Sponsor esecutivo: Kimberly Sullivan, SVP Chief Revenue Cycle Officer	Proprietario della polizza: Direttore esecutivo Consulenza finanziaria	
Approvato da: SVP Chief Revenue Cycle Officer	Data di attuazione: 07/01/2022	

Providence è un'organizzazione sanitaria cattolica senza scopo di lucro guidata dall'impegno per la sua missione di servire tutti, specialmente quelli 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 Provvidenza che i servizi sanitari emergenti e necessari dal punto di vista medico sono prontamente disponibili per coloro che vivono nelle comunità che serviamo, indipendentemente dalla loro capacità di pagare.

PORTATA:

Questa politica si applica agli ospedali Providence -Washington ("Providence") nello stato di Washington e a tutti i servizi di emergenza, urgenti e altri servizi medici necessari forniti dagli ospedali Providence a Washington (ad eccezione delle cure sperimentali, investigative o elettive). 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. In caso di conflitto tra le disposizioni di tali leggi e questa politica, tali leggi prevarranno.

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 pazienti qualificati a basso reddito, non assicurati e sottoassicurati 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. Providence vieta 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. Ogni ospedale di Providence fornirà questo elenco a qualsiasi paziente che ne richieda una copia. L'elenco dei fornitori può anche essere trovato online sul sito 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 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 indirizzare qualsiasi sforzo di raccolta al paziente. Quando un paziente o il suo garante è determinato ad essere qualificato per la copertura sanitaria retroattiva attraverso i programmi di assistenza mediale di cui al capitolo 74.09 RCW, gli ospedali di Providence forniranno assistenza al paziente o al garante con la richiesta di tale copertura. L'assistenza finanziaria può essere negata se il paziente o il suo garante non compie sforzi ragionevoli per cooperare e assistere gli ospedali della Provvidenza nel richiedere tale copertura. Gli ospedali di Providence non imporranno oneri irragionevoli al paziente o al garante durante il processo di richiesta di assistenza finanziaria e copertura retroattiva, tenendo conto di eventuali carenze fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali o barriere linguistiche che potrebbero ostacolare la capacità della parte responsabile di rispettare le procedure di domanda. I pazienti che sono ovviamente o categoricamente non idonei o che sono stati ritenuti non idonei nei precedenti 12 mesi per un programma statale o federale non saranno tenuti a richiedere tali programmi per ricevere assistenza finanziaria.

I saldi di assistenza finanziaria ammissibili includono, ma non sono limitati a quanto segue: Self pay, spese per i pazienti assicurati con copertura da un piano a cui Providence non partecipa, 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 si baserà sulle esigenze finanziarie a partire dalla data del servizio o dalla data della domanda, a seconda di quale indichi l'importo inferiore del reddito e il maggiore bisogno finanziario. I pazienti possono richiedere nuovamente assistenza se la loro situazione finanziaria cambia anche se una precedente domanda è stata negata o approvata in parte. Saranno compiuti sforzi ragionevoli per notificare e informare i pazienti della disponibilità dell'assistenza finanziaria fornendo informazioni durante il ricovero e la dimissione, sulle comunicazioni scritte relative alla fatturazione o agli incassi, nelle aree di fatturazione o servizi finanziari accessibili ai pazienti, sul sito web dell'ospedale, mediante notifica orale durante le discussioni di pagamento, nonché sulla segnaletica in aree ospedaliere e ambulatoriali ad alto volume, come l'ammissione e il pronto soccorso. Le traduzioni saranno rese disponibili in qualsiasi lingua parlata da oltre il dieci per cento della popolazione nell'area di servizio dell'ospedale.

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 della dimissione che l'assistenza è richiesta e presentata con la documentazione completa; per posta o visitando www.providence.org, scaricando e inviando la domanda compilata 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.

La Provvidenza riconosce che una determinazione dell'ammissibilità può essere effettuata in qualsiasi momento dopo aver appreso che il reddito di una parte è inferiore al 200% dello standard federale di povertà. Inoltre, la Provvidenza può scegliere di concedere assistenza finanziaria esclusivamente sulla base di una determinazione iniziale dello status di un paziente come persona indigente. In questi casi, la documentazione potrebbe non essere richiesta.

Situazione finanziaria individuale: il reddito, alcune attività monetarie e le spese del paziente saranno utilizzati per valutare la situazione finanziaria individuale del paziente. Providence cercherà solo le informazioni relative ai beni che sono ragionevolmente necessarie e prontamente disponibili per determinare l'esistenza, la disponibilità e il valore dei beni di una persona. Providence prenderà in considerazione e raccoglierà informazioni relative a tali risorse come richiesto dai Centers for Medicare e Medicaid (CMS) per la rendicontazione dei costi di Medicare. Queste informazioni possono includere la segnalazione di beni convertibili in contanti e non necessari per la vita quotidiana del paziente. Le attività monetarie non includono alcun capitale proprio in una residenza principale, piani pensionistici diversi dai piani 401 (k), qualsiasi contratto di sepoltura prepagato o terreno di sepoltura, qualsiasi polizza di assicurazione sulla vita con un valore di \$ 10.000 o meno e un veicolo a motore, nonché un secondo veicolo a motore se è necessario per scopi lavorativi o medici, nonché i primi \$ 10.000 di beni monetari per una famiglia di due persone, e il 50% del valore patrimoniale monetario rimanente o \$ 1.500 per membro aggiuntivo della famiglia, a seconda di quale sia maggiore. Non verranno richiesti moduli duplicati di verifica. Per verificare le attività monetarie è necessario un solo estratto conto corrente. Se non è disponibile alcuna documentazione, è sufficiente una dichiarazione scritta e firmata del paziente o del garante. Le informazioni sulle risorse raccolte non saranno utilizzate per le attività di raccolta. Le risorse monetarie non saranno utilizzate per determinare l'ammissibilità se il reddito di un paziente o di un garante è pari o inferiore al 300% dello standard federale di povertà.

Qualifiche di reddito: i criteri di reddito, basati sul livello di povertà federale (FPL), devono essere utilizzati per determinare l'ammissibilità alle cure gratuite o scontate. Si prega di consultare l'Allegato B per i dettagli.

Determinazioni e approvazioni: i pazienti riceveranno la notifica della determinazione dell'idoneità FAP entro 14 giorni dalla presentazione della domanda di assistenza finanziaria completata e della documentazione necessaria. Una volta ricevuta una domanda, gli sforzi straordinari di raccolta saranno sospesi fino a quando non verrà inviata al paziente una determinazione scritta dell'idoneità. L'ospedale non determinerà l'ammissibilità all'assistenza sulla base di informazioni che l'ospedale ritiene errate o inaffidabili.

Risoluzione delle controversie: il paziente può presentare ricorso contro una determinazione di ineleggibilità per l'assistenza finanziaria fornendo all'ospedale la documentazione aggiuntiva pertinente 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 dell'ospedale. 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 aggiustamento 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 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:

1. Degenze ospedaliere negate
2. Giorni di degenza negati di cura
3. Servizi non coperti
4. Rifiuto della richiesta di autorizzazione al trattamento (TAR)
5. 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, PSJH negozierà un accordo di piano di pagamento. Il piano di pagamento ragionevole consiste in pagamenti mensili che non superano il 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.

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 riscossione di eseguire azioni di raccolta straordinarie. Per informazioni sulle pratiche di fatturazione e riscossione di Providence per gli importi dovuti dai pazienti, consultare la politica del Providence Hospital, disponibile gratuitamente presso il banco di registrazione di ciascun ospedale di Providence o all'indirizzo: www.providence.org.

Rimborsi del paziente: nel caso in cui un paziente o un garante abbia effettuato un pagamento per i servizi e successivamente sia determinato ad avere diritto a cure gratuite o scontate, tutti i pagamenti effettuati relativi a tali servizi durante il periodo di tempo idoneo FAP che superano l'obbligo di pagamento saranno rimborsati, in conformità con le normative statali.

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 le cure di emergenza e altre cure mediche necessarie ai pazienti che hanno un'assicurazione sanitaria sono indicati in questa polizza come AGB. Providence determina la percentuale AGB applicabile per ciascun ospedale Providence 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 e dei pagatori commerciali. Le schede informative che descrivono in dettaglio le percentuali di AGB utilizzate da ciascun



ospedale di Providence e come vengono calcolate, possono essere ottenute 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.

REFERENZE:

<i>Internal Revenue Code Section 501(r); 26 C.F.R. 1.501(r)(1) – 1.501(r)(7)</i>
<i>Washington Administrative Code (WAC) Chapter 246-453</i>
<i>Revised Code of Washington (RCW) Chapter 70.170.060</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>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 Washington	
Providence Centralia Hospital	Providence St. Joseph's Hospital
Providence Mount Carmel Hospital	Providence Regional Medical Center Everett
Providence St. Peter Hospital	Providence Sacred Heart Medical Center and Children's Hospital
Providence Holy Family Hospital	Providence St. Mary Medical Center

Allegato B - Qualifiche di reddito per gli ospedali providence washington

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 FPL,	Il paziente ha diritto a uno sconto del 75% 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%, il FPL <u>E</u> il paziente ha sostenuto spese mediche totali negli ospedali di Providence nei 12 mesi precedenti superiori al 20% della loro famiglia annuale reddito, corretto 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.