



BON SECOURS HEALTH SYSTEM

Politik/Verfahren

| | |
|--|---------------------------------|
| Titel: Patient finanzielle Unterstützung | Datum: 04/01//2016 |
| | Ersetzt Version 01/12/2015 vom: |
| Kategorie SYS.MIS.FAP : | Genehmigt BSHSI Board von: |

Politik

Es ist die Politik von Bon Secours Health Systems, Inc. ("BSHSI") verpflichtet sind, Zugang zu den erforderlichen Gesundheitsleistungen für alle. BSHSI behandelt alle Patienten, egal ob versichert oder unversichert, mit Würde, Respekt und Mitgefühl der gesamten Admissions, Lieferung von Dienstleistungen, Entlassung und Abrechnung und Erhebung Prozesse. Diese Politik wird mit der Absicht der Erfüllung der Anforderungen in Abschnitt 501(r) des Internal Revenue Code of 1986, geändert, bezüglich der finanziellen Hilfe und Notfallmedizin Politiken, Einschränkungen in Bezug auf die Gebühren für die Personen, die für eine Finanzhilfe in Betracht kommen, und die angemessenen Gebührenabrechnungs- und - einzugsdienste Bemühungen und sollte dementsprechend zu interpretieren.

Anwendungsbereich

Diese Richtlinie ist für die Verwendung durch alle BSHSI Akutversorgung und frei stehende not Zimmerausstattung.

Definitionen

Beträge in der Regel abgerechnet (AGB) -A wird in der Regel Rechnung bedeutet, dass die Beträge in der Regel zu Lasten der Patienten für den Notfall und medizinisch notwendige Leistungen, die die Versicherung für diese Dienste. Gebühren für Patienten, kommen für eine finanzielle Unterstützung beschränkt sich auf nicht mehr als beträgt in der Regel abgerechnet ("AGB") für diese Dienste. Diese Gebühren werden auf der Grundlage des durchschnittlichen erlaubt Beträge von Medicare und gewerbliche Steuerzahler für Notfall- und anderen medizinisch notwendige Versorgung. Die erlaubten Mengen gehören sowohl die Höhe der Versicherer zahlt und die Menge, falls zutreffend, der einzelne ist persönlich verantwortlich für die Zahlung. Die AGB wird anhand der Blick zurück Methode pro 26 CFR §1.496(r).

Forderungsausfall - einen Kontostand von einem Patienten oder einem Garantiegeber, die

abgeschrieben als non-Collectible.

Kosmetik - Chirurgie, in denen das Hauptziel ist Aussehen zu verbessern.

Unverhältnismäßig hohe Anteil Krankenhaus (DSH) - ein Krankenhaus, das eine hohe Anzahl von Patienten mit niedrigem Einkommen und erhält Zahlungen aus den Zentren für Medicaid und Medicare Services zur Deckung der Kosten für die Gesundheitsversorgung zu nicht versicherten Patienten.

Beihilfefähigen Leistungen - Die Leistungen von BSHSI Einrichtungen, sind förderfähig im Rahmen dieser Finanzhilfe Politik umfassen:

- (A) Emergency Medical Services in einem Notfall Zimmer einrichten.
- (B) Non-elective medizinische Dienstleistungen in Reaktion auf lebensbedrohliche Umstände in einem nicht-Notaufnahme Krankenhaus Einstellung
- (C) Medizinisch notwendige Leistungen.

Emergency Medical Condition - eine Krankheit manifestiert sich durch akute Symptome von ausreichender Stärke (einschließlich schwere Schmerzen) so darstellte, dass ein kluger Laie, mit einer durchschnittlichen Kenntnisse über Gesundheit und Medizin, vernünftigerweise erwarten, dass das Fehlen von sofortige ärztliche Hilfe zu folgendem führen:

- (A) Ernste Gefahr für die Gesundheit des Einzelnen oder, im Fall einer schwangeren Frau, die Gesundheit der Frau oder des ungeborenen Kindes;
- (B) Schwerwiegende Beeinträchtigung zu Körperfunktionen; oder
- (C) Schwere Dysfunktion der körperlichen Organ oder Teil.

Familie Einkommen - Brutto Zahlungsmittel oder Zahlungsmitteläquivalente verdient durch oder für eine Einzelperson. Gegenstände, die nicht als Einkommen sind geldwerte Vorteile und öffentliche Unterstützung, wie Lebensmittel- und Wohngeld und pädagogische Unterstützung.

Bundesamt Armut Leitlinien - die Bundesarmutniveau wird von der US-Regierung zur Definition der Armutsgrenze von einem Patienten und seiner/ihrer Familie für die Zwecke dieser Richtlinie. Es basiert auf einer Familie der jährlichen Einkommen, anstatt seinen gesamten Reichtum, jährlicher Verbrauch oder seine eigene Beurteilung des Wohlbefindens. Die Armut Leitlinien werden jährlich aktualisiert im Federal Register durch die U.S. Ministerium für Gesundheit und Soziale Dienste in der zum Zeitpunkt der Ermittlung.

Pauschale - einer vorab festgelegten Gebühr für bestimmte Dienstleistungen Patienten gewählt zu haben, die von den Patienten zu dem Zeitpunkt, zu dem die Leistungen erbracht wurden.

Garant - der Patienten, Betreuer, oder juristische Person verantwortlich für die Bezahlung eines Health Care Bill.

Haushaltungsvorstand - Die einzelnen gelistet auf der Steuererklärung als "Familienoberhaupt".

Obdachlose - Eine individuelle ohne feste Behausung, die auf der Straße leben; Aufenthalt in einem Tierheim, Mission, verlassenem Gebäudes oder Fahrzeugs; oder in anderen instabilen oder non-permanent Situation. Ein Einzelner kann als Heimatlose, wenn die Person "verdoppelt" mit einer Reihe von Freunden und/oder Familie Mitglieder von mehr als 90 Tagen.

Haushalt Familienmitglieder ("Angehörige") - Einzelpersonen "Wohnsitz" im Haushalt, die auf der Steuererklärung der Familienvorstand.

Medizinische Eignung Anbieter/Medizinische Betreuung - Advocacy Anbieter von BSHSI zu Bildschirm Patienten für staatliche Programme und BSHSI finanzielle Unterstützung.

Medizinisch notwendige Leistungen - Gesundheitsdienste erforderlich, um zu verhindern, zu diagnostizieren oder zu behandeln einer Krankheit, Verletzung, Zustand, Krankheit, oder seine Symptome und die anerkannten Standards der Medizin. In jedem von diesen Umständen, wenn die Bedingung produziert schwächenden Symptomen oder Nebenwirkungen, dann ist sie auch als medizinisch notwendig zu behandeln.

Non-Eligible Dienstleistungen - die folgenden Dienstleistungen im Gesundheitswesen sind nicht für eine finanzielle Unterstützung im Rahmen dieser Richtlinie:

- (A) Leistungen als Folge eines Unfalls. Diese Gebühren unterliegen alle Rechtsinstrumente erforderlich, um sicherzustellen, Haftung gegenüber Dritten, auch wenn diese Instrumente werden nach der anfänglichen Förderfähigkeit für den Patienten eine finanzielle Unterstützung Programm genehmigt wurde. Wenn dritte Berichterstattung existiert, BSHSI sammelt die Bilanz Verbindlichkeiten aus dem dritten Zahler. Wenn die dritte Partei Deckung nicht vorhanden ist, der Patient kann eine finanzielle Unterstützung beantragen.
- (B) Wahlfach nicht-medizinisch notwendige Verfahren, wie z. B. kosmetische und pauschale Verfahren und Patienten mit Versicherungen, die sich nicht für die Nutzung ihrer Versicherung, dauerhafte medizinische Ausrüstung, Home Care und verschreibungspflichtigen Medikamenten.

Regulatorische Anforderungen

Durch die Umsetzung dieser Politik BSHSI wird in Übereinstimmung mit allen anderen föderalen, staatlichen und lokalen Gesetze, Regeln und Vorschriften, die sich auf Aktivitäten, die im Rahmen dieser Politik.

Verfahren

Die Gründe für diese Vorgehensweise ist BSHSI proaktiv Bildschirme, um Personen zu identifizieren und deren Familienmitglieder, die möglicherweise Anspruch auf Bundes-, Landes- oder lokaler Krankenkassen Programme oder Bon Secours Patient Programm für finanzielle Unterstützung ("FAP"). Anwendung dieser Richtlinien zu jedem einzelnen Patienten ist abhängig von zufriedenstellenden Abschluss der Antrag auf finanzielle Unterstützung bei allen notwendigen Unterlagen. Jeder Patient, der sich weigert, zufriedenstellend abgeschlossen Die finanzielle Unterstützung Anwendung einschließlich der Unterlagen nicht die Voraussetzungen für eine finanzielle Unterstützung im Rahmen dieser Politik (vorausgesetzt, der Patient hat die Mitteilungen, die nach den Vorschriften unter Abschnitt 501(R).

BSHSI erwartet, dass alle Patienten aussortiert zu werden für Bundes-, Landes- oder lokaler Versicherung Programme vor aussortiert für BSHSI FAP. Die Patienten sind zu erwarten, arbeiten mit und stellen angemessene und rechtzeitige Informationen zu BSHSI finanzielle Unterstützung zu bekommen. Personen mit dem finanziellen Kapazitäten zu kaufen

Krankenversicherung sollen ermutigt werden, so zu tun, als ein Mittel zur Sicherstellung der Zugang zu breiteren health care services und für Ihre gesamte persönliche Gesundheit.

In bestimmten Situationen, geltendes Recht möglicherweise zusätzliche oder andere Verpflichtungen im Krankenhaus Einrichtungen in diesen Staaten. Das Ziel dieser Politik ist es, die sowohl die Bundes- und Landesrecht Anforderungen in diesen Staaten. Dementsprechend gibt es zu gewissen Bestimmungen sind nur in bestimmten Staaten, wie unten beschrieben.

1. Zulassungskriterien

Die Gewährung von Finanzhilfen werden auf der Grundlage einer individuellen Ermittlung des Finanzbedarfs und wird nicht berücksichtigt. Rasse, Religion, Farbe, Geschlecht, Alter, Familienstand, nationaler Herkunft, sexueller Orientierung, Geschlechtsidentität, genetische Informationen, Veteranenstatus, Behinderung oder einer anderen Eigenschaft gesetzlich geschützt.

2. Beträge zu Lasten der Patienten

Der FAP 100% finanzielle Unterstützung für qualifizierte Dienstleistungen für unversicherten und versicherten Patienten mit einem jährlichen Bruttofamilieneinkommen bei oder unter 200 % der derzeitigen Bundesregierung Armut Leitlinien (FPG) jährlich angepasst. BSHSI bietet auch eine gediskontierte Rate an Patienten, deren Familie Bruttoeinkommen zwischen 201% und 400% des FPG.

3. AGB

Ein FAP förderfähigen einzelner oder einer nicht versicherten Person wird nicht mehr berechnet als die AGB für den Notfall oder andere medizinisch notwendige Versorgung. BSHSI bietet eine Reduktion zu nicht versicherten Patienten, die keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung. Der Kürzungsbetrag für diese Personen ist die AGB. der AGB ist Markt jährlich angepasst und basiert auf der Methode von Medicare zurückblicken und kommerzielle Preise, einschließlich Zuzahlungen und Selbstbehalte.

4. Vermutliches Förderfähigkeit

Es gibt Fälle, in denen einem nicht versicherten Patienten erscheinen kann, die für eine Finanzhilfe in Betracht kommen, aber der Patient hat keine Unterlagen nötig, um festzustellen, wie die Anspruchsberechtigung. In diesen Fällen ist ein Patient die geschätzten Einnahmen und/oder Bundesarmutniveau Beträge können durch andere Quellen, wie z.B. Auskunfteien, würde eine ausreichende Beweise für die Rechtfertigung des Patienten mit finanzieller Unterstützung. Vermutliches Anspruchsberechtigung hängt vom jeweiligen Einzelfall ab und ist nur wirksam für diese Episode in der Betreuung.

5. Förderzeitraum

Patienten können sich für finanzielle Unterstützung bis zu 240 Tage nach der ersten Abrechnung. Wenn der Patient ist zugelassen für die finanzielle Unterstützung Ihrer Berichterstattung ist gültig für 240 Tage vor und 240 Tage nach ihrer Anwendung Datum der Unterzeichnung. Patienten zugelassen für die finanzielle Unterstützung, die für die Dienstleistungen während der 240 Tage Genehmigung Zeitrahmens werden aussortiert für Bundes-, Landes- oder lokaler Krankenkassen Programme bei jedem Besuch. Die BSHSI Finanzhilfeprogramm ist nicht Versicherung.

Die beiden Nicht-EU-Bürgern und dauerhafte Bewohner kommen für eine finanzielle Unterstützung. Jedoch war es für Patienten in den USA auf ein Visum ausgewertet

werden für die finanzielle Unterstützung von Fall zu Fall. Wenn ein Patient über ein Visum genehmigt wird für die finanzielle Unterstützung, die Genehmigung Zeitrahmen wird nur für diese Episode der Pflege, nicht 240 Tage vor oder nach Ihrer Anwendung Datum der Unterzeichnung. Patienten sind erforderlich, um eine Kopie Ihrer Visa und Versicherungen, Finanz- und/oder Sponsoring Informationen.

6. Die teilnehmenden Anbieter

Bestimmte medizinisch notwendige und Notfallversorgung Dienstleistungen werden von nicht-BSHSI Anbieter, die nicht Mitarbeiter der BSHBI Wer darf Bill getrennt für medizinische Dienstleistungen und wer nicht angenommen haben diese finanzielle Unterstützung der Politik.

Diese Politik wird von der BSHSI Verwaltungsrat.

Für Fakturierung und Inkasso sehen Sie bitte unsere Fakturierung und Inkasso.