



**Polityki/procedury**

Tytuł: Pacjent Pomoc finansowa	Data: 04/01//2016
	Zastępuje wersję z dnia: 01/12/2015
Kategorii: SYS.MIS.FAP	Zatwierdzone przez: BSHSI zarządu

**POLITYKA**

To jest polityka Bon Secours Health System, Inc. ("BSHSI"), aby być zobowiązana do zapewnienia dostępu do potrzebnych usług opieki zdrowotnej dla wszystkich. BSHSI traktuje wszystkich pacjentów, czy ubezpieczonych i nieubezpieczonych, z godności, szacunku i współczucia całej rekrutacji, świadczenia usług, absolutorium i rozliczeń i procesu. Ta zasada jest sporządzony z zamiarem spełniającej wymogi określone w sekcji 501(r) Internal Revenue Code, z 1986 r., ze zmianami, dotyczące pomocy finansowej oraz zasady opieki medycznej, ograniczenia opłat do osób, które kwalifikują się do pomocy finansowej i starań rozliczeń i kolekcji i powinny być odpowiednio interpretowane.

**ZAKRES**

Ta polityka ma być stosowany przez wszystkie BSHSI intensywnej opieki, a stojący w izbie przyjąć.

**DEFINICJE**

Kwoty ogólnie modrogłowa (AGB) - poziomujące ogólnie modrogłowa oznacza ogół kwot pobieranych do chorych w przypadkach nagłych i medycznie niezbędnych usług, którzy posiadają ubezpieczenie za takie usługi. Opłaty dla pacjentów, którzy są uprawnieni do pomocy finansowej są ograniczone do nie więcej niż kwoty ogólnie modrogłowa ("AGB") za takie usługi. Opłaty te są oparte na średnich dozwolone kwoty z podążać drogą i Płatnicy niepubliczni awaryjnego i innymi ustalonymi medycznie koniecznej opieki. Dozwolone kwoty obejmują zarówno kwotę ubezpieczyciel zapłaci i kwoty, jeżeli istnieją, człowiek jest osobiście odpowiedzialny za płacenie. W AGB jest obliczana za pomocą retrospekcje metodą per 26 CFR §1.501(r).

Nieściągalny Dług - salda rachunku należne przez pacjenta lub poręczyciela co jest spisane jako non-do kolekcjonowania.

Kosmetyczne - chirurgii, w których głównym celem jest poprawa wyglądu.

Nieproporcjonalny udział szpital (DSH) - szpital, który służy pomocą dużej liczby osób o niskich dochodach i pacjentów otrzymuje płatności z ośrodków Medicaid i Medicare emeryci będą mogli korzystać z Usługi na pokrycie kosztów świadczenia opieki zdrowotnej dla pacjentów nieubezpieczonych.

Kwalifikowane Usługi - usługi świadczone przez BSHSI obiektów, które są objęte tym pomoc finansowa obejmuje:

- (A) Ratownictwa medycznego świadczone w izbie przyjęć.
- (B) Nie obieralny usługi medyczne świadczone w odpowiedzi do zagrażających życiu sytuacji w szpitalu pogotowie
- (C) Medycznie niezbędne usługi.

Ratownictwie Medycznym Stan - Stan zdrowia, które objawia się przez ostre objawy o nasileniu wystarczającym (w tym silny ból), takie, że rozsądne laika, z przeciętną wiedzę zdrowia i medycyny, mógłby się słusznie spodziewać wobec braku natychmiastowej pomocy lekarskiej doprowadzić do:

- (A) Poważne zagrożenia dla zdrowia osoby lub, w przypadku kobiet w ciąży, zdrowie kobiety lub jej nienarodzone dziecko.
- (B) Poważne zniekształcenia ciała funkcji; lub
- (C) Poważną dysfunkcję obrażenia narządu lub części.

Dochód w rodzinie - kwoty brutto środków pieniężnych lub ich ekwiwalentów za wygrany lub przewidziane do indywidualnego. Pozycje, które nie są traktowane jako przychody są noncash świadczeń i pomocy publicznej, takich jak żywność i mieszkania dotacje i pomoc edukacyjną.

Federalne wytyczne ubóstwa - Federalnej poziom ubóstwa jest wykorzystywany przez rząd USA w celu określenia poziomu ubóstwa pacjenta i jego/jej rodziny dla celów tej polityki. Jest ono oparte na rodzinie roczny dochód gotówki, zamiast jego całkowitego bogactwa, roczne zużycie lub własnej oceny samopoczucia. bieda wytyczne są corocznie aktualizowane w Federalnym Rejestrze przez amerykański Departament Zdrowia i usług obowiązujących w chwili takiego określenia.

Ryczałt - wstępnie ustalona opłata za niektóre usługi świadczone pacjentom zdecydować się, które są opłacane przez pacjenta w czasie, gdy usługi są świadczone.

Gwarant - pacjenta, lekarza, lub podmiot odpowiedzialny za opłacanie health care bill.

Głową rodziny - poszczególnych wymienionych w zeznaniu podatkowym jako "Głową rodziny".

Boisko bezdomnych - Indywidualny bez obudowy na stałe, którzy mogą żyć na ulicach; pobyt w schroniska, misja, opuszczonych budynkach lub pojazdu; ani w żadnych innych niestabilnych lub niestałym sytuacji. Dana osoba może być uznana za bezdomnych, czy dana osoba jest "słaniał się" z grupą przyjaciół i/lub przedłużone członkowie rodzin powyżej 90 dni.

Domowe członków rodziny ("podległych") - Osoby "zamieszkujących" w domach, które są zgłaszane w zeznaniu podatkowym głowy rodziny.

Medycznych kwalifikacji dostawcy / Pomoc medyczna rzecznictwo - Rzecznictwo dostawcy zakontraktowane przez BSHSI pacjentom ekranu dla programów rządowych i BSHSI pomocy finansowej.

Medycznie niezbędnych usług - z usług zdrowotnych niezbędnych do zapobiegania, diagnostyki i leczenia choroby, zranienia, stan, chorobę lub jej objawy i spełniających standardy medycyny. W każdej z tych sytuacji, jeżeli stan produkuje osłabiających symptomów lub skutków ubocznych, to jest także uznać za medycznie niezbędne do leczenia.

Nie kwalifikujących się usług - następujące usługi opieki zdrowotnej nie kwalifikują się do pomocy finansowej w ramach tej polityki:

- (A) Usługi świadczone w wyniku wypadku. Opłaty te podlegają wszystkie instrumenty prawne wymagane do zapewnienia trzeciej płatności zobowiązań, nawet jeśli te instrumenty są archiwizowane po wstępnej kwalifikacji dla pacjenta pomoc finansowa Program został zatwierdzony. Jeśli strona trzecia istnieje pokrycie, BSHSI będzie zbierać saldo należne od osoby trzeciej zleceniodawcy. Jeśli strona trzecia zasięg nie istnieje, pacjent może ubiegać się o pomoc finansową.
- (B) Obieralny procedury niezbędne z medycznego takich jak kosmetyk i procedur ryczałtowych i pacjentów z ubezpieczenia, którzy nie zdecydują się skorzystać z ich ubezpieczenia, wytrzymały sprzęt medyczny, domu opieki i leków na receptę.

### Wymogi prawne

Dzięki realizacji tej polityki BSHSI przestrzegają wszystkich innych federalnych, stanowych i lokalnych przepisów, zasad i regulacji, które mogą dotyczyć działań prowadzonych zgodnie z niniejszą polityką.

## **PROCEDURY**

Uzasadnieniem dla tej procedury jest BSHSI aktywnie ekrany do identyfikacji osób i członków ich rodzin, którzy mogą kwalifikować się do ubezpieczenia zdrowotnego federalne, stanowe lub lokalne programy lub Bon Secours pacjenta Financial Assistance Program ("FAP"). Stosowanie tej zasady do każdego indywidualnego pacjenta jest uwarunkowane satysfakcjonującej realizacji wniosku o pomoc finansową z wszelką niezbędną dokumentacją. Każdy pacjent, który odmawia prawidłowo zakończyć aplikacji pomocy finansowej, w tym dokumentację uzupełniającą nie jest kwalifikujących się do pomocy finansowej w ramach tej polityki, (o ile pacjent otrzymał notyfikacje wymagane przepisami w ramach sekcji 501(r).

BSHSI oczekuje, że wszyscy pacjenci do być sprawdzane na federalne, stanowe lub lokalne programy ubezpieczenia przed poddaniem się dla BSHSI FAP. Pacjentów oczekuje współpracy z i zapewnić odpowiednie i aktualne informacje do BSHSI celu uzyskania pomocy finansowej. Osobniki z możliwości finansowe zakupu ubezpieczenia zdrowotnego powinny być zachęceni do tego, jako środek zapewniający dostęp do szerszego usług opieki zdrowotnej i do ich ogólnego zdrowia.

W niektórych sytuacjach obowiązującym prawem stanowym może nałożyć dodatkowe lub inne obowiązki na obiekty szpitalne w tych państwach. Celem tej polityki jest zaspokojenie zarówno federalne i stanowe prawo wymagania w tych państwach. Odpowiednio niektóre postanowienia mają zastosowanie jedynie w niektórych państwach, jak wspomniano poniżej.

### 1. Kryteria kwalifikacyjne

Udzielanie pomocy finansowej będzie na podstawie zindywidualizowanego określenia potrzeb finansowych i nie brać pod uwagę rasę, wyznanie, kolor skóry, płeć, wiek, stan cywilny, pochodzenie narodowe, orientację seksualną, płciowość, informacja genetyczna,

status weterana, niepełnosprawność czy jakąkolwiek inną cechę chronioną prawem.

2. Kwoty pobierane od pacjentów

FAP zapewnia 100% pomoc finansową dla usług kwalifikowanych do nieubezpieczonych i ubezpieczonych pacjentów, których roczny przychód rodzinny brutto na poziomie lub poniżej 200% aktualnego federalnego wytycznego ubóstwa (FPG) jak corocznie dostosowywane. BSHSI oferuje również specjalne zniżki dla pacjentów, których rodziny dochód brutto wynosi od 201% do 400% FPG.

3. AGB

W czujce FAP uprawnione osoby lub nieubezpieczony indywidualnie nie zostaną obciążeni bardziej niż AGB do awaryjnego lub innymi ustalonymi medycznie koniecznej opieki. BSHSI oferuje zniżkę do nieubezpieczonych pacjentów, którzy nie kwalifikują się do pomocy finansowej. Obniżenie kwoty oferowane dla tych osób jest AGB. AGB rynku jest corocznie dostosowywane i oparta jest na retrospekcje metodą wykorzystującą podaż drogą i stawek rynkowych, wytwórnice i opłaty leasingowe.

4. Wstępna kwalifikacja

Istnieją przypadki, kiedy nieubezpieczony pacjent może ubiegać się o pomoc finansową, ale pacjent nie dostarczył dokumentacji koniecznej do stworzenia takiego uprawnienia. W tych przypadkach pacjent szacowanych dochodów i/lub federalnej poziom ubóstwa kwoty mogą być dostarczone przez inne źródła, takie jak agencje kredytowe, które dostarczają wystarczających dowodów, aby usprawiedliwić dostarczając pacjenta przy pomocy finansowej. Wstępna kwalifikacja jest ustalany indywidualnie i jest skuteczne tylko dla tego epizodu z należytą starannością.

5. Okres kwalifikowania wydatków

Pacjentów może ubiegać się o pomocy finansowej się do 240 dni od pierwszej daty rozliczenia instrukcja. Jeśli pacjent jest zatwierdzony do pomocy finansowej ich zasięg jest prawidłowy dla 240 dni wcześniej i 240 dni po ich aplikacji podpis Data. Pacjentów zatwierdzone do pomocy finansowej, które zwracają dla usług podczas ich terminie zatwierdzenia 240 dni będzie pokazywany na programy federalne, stanowe lub lokalne ubezpieczenie zdrowotne podczas każdej wizyty. BSHSI program pomocy finansowej nie jest ubezpieczenie.

Nie obywateli i stałych mieszkańców kwalifikują się do pomocy finansowej. Jednak pacjentów w Stanach Zjednoczonych na podstawie wizy będą oceniane na pomoc finansową na zasadzie przypadku. Jeśli u pacjenta na podstawie wizy jest zatwierdzony do pomocy finansowej, termin zatwierdzenia tylko na tym odcinku opieki, nie 240 dni przed lub po ich aplikacji podpis Data. Pacjenci są wymagane do zgłoszenia kopii wizy i ubezpieczeniowych, finansowych i/lub informacje o sponsoringu.

6. Uczestniczących dostawców

Niektóre medycznie potrzeby i awaryjne usługi medyczne są świadczone przez non-BSHSI dostawcom, którzy nie są pracownikami BSHBI kto może bill oddzielnie dla służb medycznych i którzy mogą nie przyjęli tej pomocy finansowej polityki.

Polityka ta jest zatwierdzona przez BSHSI Zarządu.

Do rozliczenia i kolekcje można znaleźć w naszych rachunkach i kolekcje polityki.