



Titre: L'aide financière pour les patients	Date: 04/01//2016	
	Remplace la Version datée: 01/12/2015	
Catégorie: SYS.MIS.FAP	Page 1 de 15	Approuvé par: BSHSI Conseil

POLITIQUE

C'est la politique de Bon Secours Health System, Inc. (« BSHSI ») à s'engager à garantir l'accès à des services de soins de santé nécessaires pour tous. BSHSI traite tous les patients, qu'ils soient assurés ou non assurés, avec dignité, respect et compassion tout au long de l'admission, prestation de services, décharge et processus de facturation et de perception. Cette politique est rédigée dans le but de satisfaire aux exigences dans la Section 501(r) de l'Internal Revenue Code de 1986, tel que modifié, concernant l'aide financière et des politiques de soins médicaux d'urgence, des limites sous l'inculpation de personnes admissibles à une aide financière et que des efforts raisonnables de facturation et de perception et doit être interprétée en conséquence.

PORTÉE

Cette politique doit être utilisé par tous les soins aigus BSHSI, debout et libre d'installations en salle d'urgence.

DÉFINITIONS

Les Montants Généralement Facturés (AGB) - Montants facturés en général, les montants généralement facturés aux patients pour les services d'urgence et médicalement nécessaires qui ont une assurance pour de tels services. Frais pour les patients qui sont admissibles à une aide financière se limités à pas plus de montants généralement facturés (« AGB ») pour ces services. Ces frais sont basés sur la moyenne a permis des montants de l'assurance-maladie et les payeurs commerciales aux urgences et autres soins médicalement nécessaires. Les montants autorisés comprennent le montant, que l'assureur paiera et le montant, le cas échéant, l'individu est personnellement responsable du paiement. L'AGB est calculé selon la méthode de rappel de regard par 26 CFR §1.501(r). Voir l'annexe A pour plus de renseignements au sujet de la remise de l'AGB.

Créance irrécouvrable - Un solde dû par un patient ou un garant qui est radiée comme non recouvrables.

Cosmétiques - La chirurgie dont le but principal est d'améliorer l'apparence.

Hôpital de la part disproportionnée (DSH) - Un hôpital qui dessert un grand nombre de patients à faible revenu et reçoit les paiements des centres de services de Medicaid et Medicare couvrir les coûts de prestation des soins aux patients non assurés.

Services admissibles - Les services fournis par des établissements BSHSI qui sont admissibles en vertu de cette politique d'aide financière doivent comprendre:

- (A) Services médicaux d'urgence fournis dans le réglage de la salle d'urgence.
- (B) Non facultatif des services médicaux fournis en réponse aux circonstances dans un décor de salle non d'urgence de l'hôpital de danger pour la vie
- (C) Services médicalement nécessaires.

État de santé d'urgence - Un état pathologique qui se manifeste par des symptômes aigus suffisamment graves (y compris douleurs sévères) tels que profane prudent, ayant une connaissance moyenne de la santé et médecine, pouvait raisonnablement s'attendre à l'absence de soins médicaux immédiats se traduire par:

- (A) Danger grave pour la santé de la personne ou, dans le cas d'une femme enceinte, de la santé de la femme ou son enfant à naître;
- (B) Grave atteinte aux fonctions corporelles; ou
- (C) Grave dysfonctionnement de tout organe corporel ou de la partie.

Revenu familial - Bruts en espèces ou quasi-espèces gagnant par ou fournis à une personne. Ne pas considéré comme un revenu sont avantages indirects et l'assistance publique, tels que la nourriture et de subventions au logement et aide à l'éducation.

Lignes directrices fédérales de la pauvreté - Le seuil de pauvreté fédéral est utilisé par le gouvernement américain pour définir le niveau de pauvreté d'un patient et sa famille aux fins de la présente politique. Il est basé sur une consommation annuelle de revenu de trésorerie annuelle de la famille, plutôt que de sa richesse totale, ou de sa propre évaluation du bien-être (annexe B). Les lignes directrices de la pauvreté sont mises à jour chaque année dans le registre fédéral par le département d'US of Health and human services en vigueur au moment de cette désignation.

Taux fixe - Un montant prédéterminé pour certains services des élus d'avoir les patients qui sont payés par le patient lors de le qu'exécution de la prestation.

Garant - Le patient, soignant ou entité responsable du paiement d'une facture de soins de santé.

Chef de ménage - L'individu figurant sur la déclaration d'impôt comme « Chef de ménage ».

Sans-abri - Une personne sans logement permanent qui peut vivre dans la rue; rester dans un abri, mission, bâtiment abandonné ou un véhicule ; ou dans toute autre situation instable ou non permanents. Un individu peut considérer être privés de logement si la personne est « doublée » avec une série d'amis et/ou les membres de la famille élargie supérieures à 90 jours.

Membres de la famille ménages (« Dépendants ») – Personnes « habitent » dans maison qui sont réclamés sur la déclaration de revenus du chef du ménage.

Fournisseur de recevabilité médicale / Aide médicale pour la défense - Fournisseur de plaidoyer

contracté par BSHSI aux patients d'écran pour les programmes gouvernementaux et d'une aide financière de BSHSI.

Les services médicalement nécessaires - Services de soins de santé nécessaires pour prévenir, diagnostiquer ou traiter une maladie, condition, blessure, maladie ou ses symptômes et qui répondent aux normes acceptées de la médecine. Dans ces cas, l'État produit débilitant des symptômes ou des effets secondaires, alors il est aussi considéré comme médicalement nécessaires à traiter.

Services non admissibles - Les services de soins de santé suivants ne sont pas admissibles à une aide financière en vertu de cette politique:

- (A) Services fournis suite à un accident. Ces frais sont assujettis à tous les instruments juridiques nécessaires pour tiers paiement de responsabilité, même si ces instruments sont déposés après l'admissibilité initiale pour le programme d'aide financière de Patient a été approuvée. Si la couverture civile existe, BSHSI recueillera le solde dû du tiers payeur. Si le tiers n'existe pas, patient peut demander une aide financière.
- (B) Des interventions non urgentes non médicalement nécessaires tels que la cosmétique, les procédures de taux forfaitaire et les patients avec assurance qui choisissent de ne pas utiliser leur assurance, équipement médical durable, soins à domicile et les médicaments.

Exigences réglementaires

Par application de cette politique BSHSI est conforme à toutes les autres lois fédérales, étatiques et locales, les règles et les règlements pouvant s'appliquer aux activités menées en vertu de cette politique.

PROCÉDURE

La justification de cette procédure est que BSHSI écrans proactivement afin d'identifier les individus et leurs familles qui peuvent bénéficier de programmes d'assurance fédérale, provinciale ou locale ou de l'aide financière pour le patient Bon Secours programme (« FAP »). Application de la présente politique à tout patient individuel est subordonnée à l'accomplissement satisfaisant de la demande d'aide financière avec toute la documentation nécessaire. Tout patient qui refuse d'achever une manière satisfaisante l'application de l'aide financière dont les pièces justificatives n'est pas admissible à une aide financière en vertu de cette politique (à condition que le patient a reçu les notifications prévues par les règlements en vertu de l'article 501(r). Voir l'annexe C pour plus d'informations au sujet de la façon dont les patients peuvent obtenir une demande d'aide financière.

BSHSI attend tous les patients à subir des programmes d'assurance fédérales, provinciale ou locales avant d'être projeté pour BSHSI FAP. Les patients devraient coopérer avec et de fournir des informations appropriées et opportunes à BSHSI pour obtenir une aide financière. Personnes ayant la capacité financière de souscrire une assurance santé seront encouragées à le faire, comme un moyen d'assurer un accès plus larges aux services de santé et pour leur santé globale.

Dans certaines situations, loi applicable de l'État peut imposer des obligations supplémentaires ou différentes établissements hospitaliers dans ces États. Cette politique vise à satisfaire aux exigences fédérales et d'état de droit dans ces États. En conséquence, certaines dispositions sont uniquement applicables dans certains États, comme indiqué ci-dessous.

1. Critères d'admissibilité

L'octroi de l'aide financière sera basé sur une détermination individualisée des besoins financiers et ne prennent pas en compte race, religion, couleur, sexe, âge, état matrimonial, origine nationale, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, information génétique, statut d'ancien combattant, invalidité ou toute autre caractéristique protégée par la Loi.

2. Montants facturés aux Patients

Le FAP offre une aide financière de 100 % pour les Services admissibles aux patients non assurés et assurés ayant un revenu familial annuel brut égale ou inférieure à 200 % des lignes directrices fédérales de la pauvreté actuelle (FPG) tels que rajustés annuellement. BSHSI propose également un tarif réduit aux patients dont le revenu familial brut est compris entre 201 et 400 % de la FPG (annexe D).

3. AGB

Un FAP non assurés individuels ou admissibles ne seront pas facturés individuellement plus de l'AGB en cas de situation d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires. BSHSI offre une réduction de patients non assurés qui ne sont pas admissibles à une aide financière. Le montant de la réduction offerte à ces personnes est l'AGB. L'AGB est ajustée chaque année sur le marché et est fondée sur la méthode rétrospective utilisant l'assurance-maladie et les tarifs commerciaux, y compris les co-paiements et les franchises (annexe E).

4. Admissibilité présumée

Il y a des cas où un patient non assuré peut-être apparaître éligible à cette aide financière, mais le patient n'a pas fourni de pièces justificatives nécessaires pour établir cette éligibilité. Dans ces cas un patient revenu estimatif et/ou le seuil de pauvreté fédéral montants peuvent être fournis par d'autres sources, telles que les organismes de crédit, qui fourniraient des éléments de preuve suffisants pour justifier le patient fournissant une aide financière. Admissibilité présumée est déterminée au cas par cas et n'est efficace à cet épisode de soins.

5. Période d'éligibilité

Les patients peuvent appliquer pour une aide financière jusqu'à 240 jours après la date de déclaration première facturation. Si le patient est approuvé pour une aide financière leur couverture est valide pendant 240 jours avant et de 240 jours après leur date de signature d'application. Les patients a approuvé une aide financière qui renvoient aux services pendant leur délai d'approbation de 240 jours seront projetés pour les programmes d'assurance de santé fédéral, provinciaux ou locaux lors de chaque visite. Le programme d'aide financière de BSHSI n'est pas d'assurance.

Les non-citoyens et les résidents permanents sont admissibles à une aide financière. Cependant, les patients aux États-Unis avec un visa seront évaluées pour une aide financière au cas par cas. Si un patient avec un visa est approuvé pour une aide financière, les délais d'approbation seront uniquement à cet épisode de soins, pas de 240 jours avant ou après leur date de signature d'application. Les patients sont tenus de fournir une copie de leur visa et des assurances, financier et/ou les informations de parrainage.

6. Les fournisseurs participants

Certains services de soins médicalement nécessaires et d'urgence sont fournis par des prestataires non-BSHSI qui ne sont pas des employés de BSHBI qui peut facturer séparément pour les services médicaux et qui ne peuvent pas ont adopté cette politique

d'aide financière. Voir l'annexe F pour plus de détails au sujet de la liste complète des prestataires qui fournissent des soins médicalement nécessaires d'urgence ou autres et qui n'ont pas adopté le programme d'aide financière de BSHSI.

LIGNES DIRECTRICES PROCÉDURALES

Voir l'annexe G pour les directives procédurales.

Cette politique est approuvée par le Conseil d'administration de le BSHSI.

Pour facturation et Collections, veuillez consulter notre politique de facturation et de Collections.

ANNEXE A

Remise de l'AGB

Plus d'information concernant la remise de l'AGB sont disponibles à www.fa.bonsecours.com ou en appelant le service clientèle au 804-342-1500 (Local) ou 1-877-342-1500 (sans frais). Pour le service à la clientèle à l'hôpital général de Rappahannock, Appelez-nous à 804-435-8529.

ANNEXE B

LIGNES DIRECTRICES FÉDÉRALES DE LA PAUVRETÉ

Le tableau ci-dessous est basé sur les orientations de la pauvreté fédérale 2016:

# Personnes dans le ménage familial	48 Contigus des États-Unis et D.C.	200% FPL	300% FPL	400% FPL
1	\$11.880	\$23.760	\$35.640	\$47.520
2	\$16.020	\$32.040	\$48.060	\$64.080
3	\$20.160	\$40.320	\$60.480	\$80.640
4	\$24.300	\$48.600	\$72.900	\$97.200
5	\$28.440	\$56.880	\$85.320	\$113.760
6	\$32.580	\$65.160	\$97.740	\$130.320
7	\$36.730	\$73.460	\$110.190	\$146.920
8	\$40.890	\$81.780	\$122.670	\$163.560
Chaque personne supplémentaire	\$4.140	\$8.280	\$12.420	\$16.560

ANNEXE C

OBTENTION D'INFORMATIONS DE L'AIDE FINANCIÈRE

Les patients peuvent obtenir une demande d'aide financière de www.fa.bonsecours.com, un greffier ou un conseiller financier situé dans l'un de nos établissements hospitaliers, ou en appelant le service clientèle au 804-342-1500 (Local) ou 877-342-1500 (sans frais). Pour le service à la clientèle à l'hôpital général de Rappahannock, Appelez-nous à 804-435-8529. Pour les patients dans le Maryland, Loi de l'état exige une application différente d'aide financière pour être déposé, quelle application on trouvera également l'adresse indiquée ci-dessus ou en composant les numéros de téléphone ci-dessus.

ANNEXE D

MONTANTS FACTURÉS AUX PATIENTS

Marché Local	Remise <=200% FPL	Remise 201-300% FPL	Remise 301-400% FPL
Baltimore	100%	72%	68%
Hampton	100%	83%	79%
Kentucky	100%	83%	79%
Rappahannock	100%	72%	68%
Richmond	100%	83%	79%
South Carolina	100%	88%	84%

ANNEXE E

LES MONTANTS GÉNÉRALEMENT FACTURÉS PAR BSHSI MARCHÉ

BSHSI marché	AGB
Baltimore	Voir ci-dessous *
Hampton	25%
Kentucky	25%
Rappahannock	35%
Richmond	25%
South Carolina	20%

Baltimore

Bon Secours Hôpital

2000 West Baltimore Street | Baltimore, MD 21223

* Parce que Maryland droit et droit fiscal fédéral limitent les montants qui peuvent être imposés aux patients, un particulier admissible FAP ou un individu non assuré paieront pas plus que le coût le moins élevé de l'or AGB la charge régulée définie par les services de santé du Maryland commission d'examen de Coût pour l'urgence ou autres soins médicalement nécessaires.

Hampton

Bon Secours Maryview Medical Center

3636 High Street | Portsmouth, VA 23707

Mary Immaculate Hospital

2 Bernardine Drive | Newport News, VA 23602

Bon Secours DePaul Medical Center

150 Kingsley Lane | Norfolk, VA 23505

Kentucky

Our Lady of Bellefonte Hospital

St. Christopher Drive | Ashland, KY 41101

Rappahannock

Bon Secours Rappahannock General Hospital

101 Harris Road | Kilmarnock, VA 22482

Richmond

ST. Mary's Hospital

5801 Bremo Road | Richmond, VA 23226

Memorial Regional Medical Center

8260 Atlee Road | Mechanicsville, VA 23116

Richmond Community Hospital

1500 N. 28th Street | Richmond, VA 23223

ST. Francis Medical Center

13710 St. Francis Boulevard | Midlothian, VA 23114

South Carolina

ST. Francis Downtown

1 St. Francis Drive | Greenville, SC 29601

ST. Francis Eastside

125 Commonwealth Drive | Greenville, SC 29615

ST. Francis Millennium

2 Innovation Drive | Greenville, SC 29607

ANNEXE F

Les fournisseurs participants

Pour une liste complète des médecins qui fournissent d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires et qui n'ont pas adopté le programme d'aide financière de BSHSI, veuillez visiter www.fa.bonsecours.com.

ANNEXE G

LIGNES DIRECTRICES PROCÉDURALES

Ces lignes directrices sont fournies pour aider le personnel à atteindre les objectifs de cette politique. En suivant ces lignes directrices procédurales, le personnel est censé exercer le jugement dans le cadre des responsabilités pratiques et/ou d'emploi.

Processus d'admissibilité

Le processus suivant sera utilisé pour déterminer l'admissibilité à une aide financière:

- (A) Une application est complétée par le patient ou un autre représentant désigné. Le but de l'application est d'enregistrer les données requises nécessaires pour vérifier l'éligibilité de l'aide financière du patient.
- (B) Sources de données externes peuvent être utilisées pour fournir des renseignements sur les patients ou les patients de garant de la capacité de payer (comme la notation de crédit).
- (C) Les patients doivent avoir un solde de compte ou un service régulier avec BSHSI avant de demander une aide financière. Éligibilité peut être déterminée à n'importe quel moment pendant le cycle de revenu.
- (D) Les patients qui refusent de participer et de collaborer avec nos fournisseurs de recevabilité médicale ne sont pas admissibles à une aide financière en vertu de cette politique. Des rabais offerts aux patients en dehors de cette politique seront revus et approuvés ou refusés au cas par cas.
- (E) La requérante assistant financier avisera par courrier si besoin d'informations supplémentaires. La lettre informera le demandeur pour renvoyer les informations dans les 30 jours ouvrables après réception de la lettre. Si l'information demandée n'est pas reçue dans les 30 jours ouvrables aucune activité supplémentaire n'aura lieu au sujet de la demande d'aide financière.
- (F) Demande d'aide financière doit être traitée rapidement et BSHSI doit faire des efforts raisonnables pour informer le patient de l'approbation ou le refus dans les 60 jours suivant la réception d'une demande dûment remplie.
- (G) Installations seulement de Maryland: Refus des demandes d'aide financière peut être fait appel en appelant le service à la clientèle au 877-342-1500 (sans frais).

Vérification du revenu

Les documents suivants seront utilisés pour vérifier le revenu familial des ménages:

- (A) Ménage de déclarations dûment remplies pour le patient pour la dernière année civile.
 - Si le patient est un travailleur indépendant, une copie de déclaration financiers du dernier quart du patient ainsi que les affaires de l'année précédente taxe retour et déclaration de revenus individuels du patient.
- (B) Trois dernières payer des talons de chèque ou d'une déclaration auprès des employeurs.

- (C) Lettre de prestations chômage actuelle indiquant la négation ou d'admissibilité et des montants reçus.
- (D) Lettre sécurité sociale actuelle ou relevé complet des dépôts directs de la sécurité sociale.
- (E) Relevé de pension actuelle.
- (F) Lettre SNAP.
- (G) Cour a ordonné le document ou la lettre du parent non gardien, indiquant le montant des allocations familiales.
- (H) Contrat de location ou des documents attestant des revenus bruts de location.
- (I) Le patient peut détenir des documentation répertoriant la valeur des stocks éventuels, d'obligations, de CD ou toute propriété supplémentaire.
- (J) Copie complète du cours contrôle, économie ou des comptes du marché monétaire.

Bien que la preuve de revenus est demandée aux fins d'examen du programme d'aide financière Patient certains règlements locaux système DSH peuvent exiger une preuve de revenu. Ces règlements seront traitées sur une base de cas par cas pour assurer la conformité avec les programmes locaux système DSH.

Vérification de l'admissibilité présumée

Comme en témoignent les informations fournies par le patient ou autrement obtenu par BSHSI, un patient peut être présumé pour être admissible à une aide financière de 100 %, sans avoir à remplir une demande d'aide financière, dans les circonstances suivantes:

- (A) Sans abri.
- (B) Les patients sont dirigés par l'un de l'Association nationale des cliniques gratuit.
- (C) Participation aux programmes du nourrisson, des femmes et des enfants (WIC).
- (D) Bons d'alimentation d'admissibilité (SNAP).
- (E) Admissibles à d'autres programmes d'aide d'état ou locaux qui ne sont pas capitalisés (p. ex., aide médicale dépenser vers le bas).
- (F) Patient est décédé avec un FPL de 200 % ou moins et un domaine inconnu.
- (G) Patient a en souffrance avant une décharge chapitre 7 Faillite et leur FPL est inférieur à 200 %.
- (H) Autres obstacles importants sont présents qui font obstacle à la capacité du patient de payer.

Communication du programme d'aide financière

BSHSI aura des efforts raisonnables pour s'assurer que l'information sur notre programme et sa disponibilité est clairement communiquée et rendue accessibles au public. Individus peuvent obtenir une copie de notre politique de demande d'aide financière et à www.fa.bonsecours.com. BSHSI fournira également l'adresse du site à toute personne qui peut demander. Personnes peuvent également obtenir et recevoir une aide pour remplir la demande d'aide financière de n'importe lequel de nos zones d'enregistrement, les conseillers financiers ou les bureaux de la caisse. Les conseillers financiers ou les bureaux de la caisse est situés dans les zones d'inscription du patient. Individus peuvent s'arrêter à n'importe lequel de nos bureaux d'information situés dans chaque hôpital pour demander de l'aide afin de retrouver les conseillers financiers ou les bureaux de la caisse. Individus peuvent obtenir une copie gratuite par la poste de notre demande d'aide financière et politique en appelant notre service clientèle au 804-342-1500 (Local) ou 877-342-1500 (sans frais). Pour le service à la clientèle à l'hôpital général de Rappahannock, Appelez-nous à 804-435-8529.

Facturation et Collections

Pour nos procédures de facturation et de Collections, veuillez consulter notre politique de Collections et de facturation. Cette politique décrit les procédures de BSHSI et les actions de l'extraordinaire collection que peut prendre en cas de non-paiement. Individus peuvent obtenir une copie de notre politique de Collections et de facturation au www.fa.bonsecours.com. Individus peuvent également obtenir un exemplaire gratuit de cette politique de n'importe lequel de nos zones d'enregistrement, les conseillers financiers ou les bureaux de la caisse. Les conseillers financiers ou les bureaux de la caisse est situés dans les zones d'inscription du patient. Individus peuvent s'arrêter à n'importe lequel de nos bureaux d'information situés dans chaque hôpital pour demander de l'aide afin de retrouver les conseillers financiers ou les bureaux de caissiers. Individus peuvent obtenir une copie gratuite par la poste de notre politique de Collections et de facturation en appelant notre service clientèle au 804-342-1500 (Local) ou 877-342-1500 (sans frais). Pour le service à la clientèle à l'hôpital général de Rappahannock, Appelez-nous à 804-435-8529.

Installations de l'hôpital seulement de Maryland: Outre les procédures et les exigences ci-dessus, certaines procédures supplémentaires s'appliquent pour les patients admis en traitement en établissements hospitaliers du BSHSI Maryland.

- Les patients doivent être notifiés par une « fiche d'information de l'hôpital » les informations énoncées ci-dessus ainsi que: (1) des instructions sur la façon d'appliquer le programme d'assistance médicale de Maryland et tous les autres programmes qui peuvent aider à payer la facture; (2) informations de contact pour le programme d'assistance médicale de Maryland; et (3) une déclaration expresse, le cas échéant, que les frais de médecin ne sont pas inclus dans la facture de l'hôpital et sont facturés séparément. Cette fiche d'information de l'hôpital doit être prévue pour le patient (a) avant des rejeter; (b) avec la facture d'hôpital; et (c) sur demande.