NOTĂ: Versiunea electronică a prezentului document este cea mai recentă versiune și singura acceptabilă. Dacă aveți o versiune în format fizic, trebuie să vă asigurați că este identică cu versiunea electronică. Materialele tipărite sunt considerate documente necontrolate.

Providence SWEDISH

ASISTENȚĂ FINANCIARĂ – ÎNGRIJIRE CARITABILĂ

Subiect: Politica Swedish privind asistența financiară (îngrijire de caritate)	**Număr politică**: PSJH RCM 002 - SHS	
Departament: Managementul Ciclului de Venit	☐ Nou ☒ Revizuit ☐ Verificat	**Data**: 1 decembrie2025
Sponsor executiv: SVP Șef Ofițer Ciclu de Venituri	**Deținător Poliță:** AVP Consiliere Financiară	
Aprobat de: SVP Șef Ofițer Ciclu de Venituri	**Data implementării**: 27 ianuarie 2025	

Swedish Health Services și Swedish Edmonds („SHS” sau „Swedish”) este o organizație catolică non-profit de asistență medicală, dedicată misiunii de a deservi pe oricine, în mod special persoanele sărace și vulnerabile. SHS consideră că asistența medicală este un drept de care trebuie să beneficieze fiecare persoană. SHS se asigură că serviciile de asistență medicală necesare din punct de vedere medical sunt disponibile tuturor persoanelor din comunitate, chiar și în cazul în care nu își permit să le plătească.

DOMENIU DE APLICARE:

Această politică se aplică tuturor spitalelor SHS din statul Washington. Politica acoperă toate urgențele, serviciile urgente și alte servicii necesare din punct de vedere medical (cu excepția serviciilor de îngrijire experimentală, de investigație, estetică sau cosmetică, sau îngrijiri pentru confortul pacientului sau al medicului) (așa cum sunt definite în definiția „serviciilor eligibile”). O listă cu spitalele SHS care fac obiectul prezentei politici se găsește în Anexa A. Cuvântul „spital” sau „facilitate” folosit în cadrul acestei politici se referă la domeniul de aplicare al facilităților descris în Anexa A.

Prezenta politică va fi interpretată conform secțiunii 501(r) din Codul administrației fiscale 1986, cu modificările ulterioare, și în conformitate cu cerințele din Legea privind îngrijirea caritabilă din Washington și regulamentele sale de punere în aplicare, care se găsesc în RWC 70.170 și Capitolul WAC 246.453, cu modificările periodice. În cazul unui conflict între prezenta politică și lege, va fi urmată legea.

SCOP:

Scopul prezentei politici este asigurarea unei metode consistente, echitabile și nediscriminatorii pentru furnizarea de asistență financiară (denumită și „îngrijire caritabilă”) în cazul persoanelor eligibile care nu își permit să plătească, complet sau parțial, serviciile eligibile furnizate de spitalele SHS.

Această politică este elaborată pentru respecta toate legile aplicabile. Aceasta este Politica oficială de asistență financiară (îngrijire caritabilă) (FAP) și Politica privind asistența medicală de urgență pentru fiecare spital SHS din Washington.

PERSOANELE RESPONSABILE:

Departamentele de Ciclu de Venituri. De asemenea, tot personalul corespunzător cu atribuții legate de registratură, internări, consiliere financiară și suport clienți vor fi instruiți periodic cu privire la această politică.

© 2025 Anexă Servicii de sănătate Swedish

NOTĂ: Versiunea electronică a prezentului document este cea mai recentă versiune și singura acceptabilă. Dacă aveți o versiune în format fizic, trebuie să vă asigurați că este identică cu versiunea electronică. Materialele tipărite sunt considerate documente necontrolate.

Providence SWEDISH

POLITICA:
SHS va furniza servicii eligibile gratuite, sau la un cost redus, pentru pacienții care se încadrează în condițiile prevăzute, care depun o cerere sau care sunt considerați a fi eligibili pentru îngrijire caritabilă, în concordanță cu criteriile stabilite în prezenta politică. Pentru a se încadra în condițiile impuse, pacienții trebuie să îndeplinească cerințele de eligibilitate descrise în această politică. În scopul prezentei politici, pentru a face referire la pacient precum și la orice persoană care este garant sau parte responsabilă (de ex. o persoană responsabilă pentru plata cheltuielilor efectuate de facilitate în numele pacientului care nu sunt plătite de un terț) se va folosi termenul „pacient”.

Camerele de gardă ale spitalelor SHS vor asigura asistență pentru afecțiuni medicale de urgență (în sensul Legii privind tratamentul medical de urgență și munca și al Capitolului 246-453-010 din Codul administrativ al statului Washington) în funcție de capabilitățile disponibile ale camerelor de gardă, indiferent dacă o persoană este eligibilă pentru asistență financiară. SHS nu va comite discriminări pe bază de vârstă, rasă, culoare, credință, etnie, religie, origine națională, statut matrimonial, sex, dizabilitate, statut de veteran sau de cadru militar, sau orice combinație a acestora, sau orice altă bază interzisă de legislația de la nivel federal, statal sau local atunci când se iau decizii de acordare a asistenței financiare. Discriminarea pe bază de sex include, dar nu se limitează la: caracteristici sexuale, inclusiv trăsături intersexuale, sarcină sau afecțiuni asociate, orientare sexuală, identitate de gen și stereotipuri sexuale.

Camerele de gardă din cadrul spitalelor SHS vor oferi examinări medicale în regim de urgență, precum și tratament pentru stabilizarea pacienților sau, acolo unde se impune, vor trimite și vor transfera persoanele către un alt spital. SHS nu permite acțiuni, practici de internare sau politici care descurajează persoanele să beneficieze de asistență medicală de urgență, cum ar fi permiterea activităților de recuperare a debitelor care interferează cu furnizarea de asistență medicală de urgență.

Lista profesioniștilor care fac obiectul FAP SHS:
Fiecare spital SHS are o listă cu medicii, grupurile medicale sau alți furnizori de servicii medicale care sunt, sau nu, acoperiți de prezenta politică. Fiecare spital SHS va furniza această listă pacienților care solicită un exemplar. Lista furnizorilor poate fi găsită și online pe site-ul SHS: www.swedish.org/obp.

Cerințe de eligibilitate pentru asistență financiară:
Asistență financiară este disponibilă atât pentru pacienți asigurați cât și pentru cei fără asigurare dacă îndeplinesc cerințele acestei polițe. Îngrijirea de caritate acordată în conformitate cu această politică are scopul de a respecta și alte legi privind beneficiile permise pacienților. Înainte de a factura pacientul, SHS va depune eforturi pentru a vedea dacă există o altă asigurare care ar putea acoperi costurile pentru serviciile eligibile. Pacienții nu vor trebui să aplice pentru programe de asistență medicală a unei părți terțe înainte de a fi verificați pentru asistență financiară.

În momentul în care există posibilitatea ca un pacient să fie eligibil pentru acoperire prin programele de asistență medicală în conformitate cu capitolul 74.09 RCW sau bursa de beneficii de sănătate din Washington sau se stabilește că se încadrează pentru pentru acoperire retroactivă de asistență medicală prin programele de asistență medicală din capitolul 74.09 RCW, SHS va ajuta pacientul să depună o astfel de cerere. În cazul în care pacientul nu face eforturi rezonabile sau nu colaborează cu cei de la SHS pentru a depune cerere pentru o astfel de asigurare, asistența financiară poate fi respinsă. În timpul procesului de depunere a cererii pentru asistență financiară și acoperire retroactivă, SHS nu va impune pacientului sarcini nerezonabile, ținând cont de eventualele deficiențe fizice, mentale, intelectuale sau senzoriale, sau de barierele lingvistice care pot afecta capacitatea pacientului de a respecta instrucțiunile din cadrul procesului de depunere a cererii. Pacienții care, în mod evident și categoric, sunt neeligibili sau au fost considerați neeligibili în ultimele 12 luni pentru un program statal sau federal nu au obligația să depună cerere pentru astfel de programe pentru a beneficia de asistență financiară.

© 2025 Anexă Servicii de sănătate Swedish

NOTĂ: Versiunea electronică a prezentului document este cea mai recentă versiune și singura acceptabilă. Dacă aveți o versiune în format fizic, trebuie să vă asigurați că este identică cu versiunea electronică. Materialele tipărite sunt considerate documente necontrolate.

Providence SWEDISH

Pacienții fără asigurare vor primi o reducere. Tipurile de facturi care pot fi eligibile pentru ajustări ale asistenței financiare includ, dar nu se limitează la: plăți în nume propriu, cheltuieli pentru pacienți cu asigurări în afara rețelei și coasigurări, deductibile și coplăți aferente pacienților asigurați.

Pacienții care solicită asistență financiară pot completa cererea standard SHS de asistență financiară, iar eligibilitatea se va stabili pe baza nevoii financiare de la data serviciului sau de la data depunerii cererii, în funcție de cea care indică cuantumul mai mic al veniturilor și cea mai mare nevoie financiară. În cazul în care situația financiară a pacientului se modifică, acesta poate depune din nou o cerere de asistență, chiar dacă cererea anterioară a fost respinsă sau aprobată parțial. Pentru a informa pacienții despre disponibilitatea asistenței financiare se vor furniza informații în timpul internării și externării, pe extrasul de cont al pacientului, în zone de facturare accesibile pacienților (cum ar fi ghișeele de registratură), pe site-ul SHS, prin notificare verbală în timpul discuțiilor despre plăți, precum și pe panouri în zonele de internare și ambulatoriu, inclusiv în zone unde pacienții sunt internați sau înregistrați și în departamentul de urgență. Pentru limbile vorbite de un procent mai mare de 5% din populația aflată în zona de deservire a spitalului, se vor pune la dispoziție traduceri. SHS va păstra înregistrări ale informațiilor folosite pentru a stabili eligibilitatea pentru asistență financiară. La cererea pacientului, SHS va furniza o copie pe hârtie a prezentei politici.

De asemenea, SHS va aproba ca anumiți pacienți să beneficieze de ajustări prezumtive la balanța contului în alte scopuri decât pentru o cerere de asistență financiară dacă pacientul îndeplinește condițiile detaliate în această politică (a se consulta „Asistență financiară fără cerere de asistență financiară”).

Screening inițial: SHS va oferi un screening inițial fiecărui pacient pe care îl întâlnește în mod direct (ex., în persoană, telefonic sau digital). Screeningul inițial va avea la bază informațiile oferite de pacienți cu privire la mărimea și veniturile gospodăriei.

- În cazul în care, în urma screeningului inițial, există probabilitatea ca pacientul să se califice pentru asistență financiară, SHS va informa pacientul cu privire la această eligibilitate probabilă și îi va furniza instrucțiuni pentru depunerea cererii de asistență financiară. De asemenea, SHS va informa pacientul că cererea completată de asistență financiară trebuie trimisă la SHS în termen de paisprezece zile (14) pentru a se evita măsurile de recuperare. În cazul în care cererea completată de asistență financiară nu este furnizată în termenul prevăzut, SHS poate începe acțiunile de recuperare, cu excepția cazului în care pacientul solicită o prelungire a termenului prevăzut (a se consulta „Depunerea unei cereri de asistență financiară”).
- Dacă un pacient nu se încadrează în condițiile pentru asistență financiară, SHS îl va informa în scris cu privire la această decizie. De asemenea, SHS va informa pacientul că poate depune în continuare o cerere completată de asistență financiară pentru o analiză mai detaliată a situației sale financiare.

SHS va efectua screeningul inițial chiar dacă folosește un instrument de evaluare recunoscut în cadrul industriei care evaluează capacitatea de plată pe baza informațiilor financiare și a altor informații disponibile public și că instrumentul indică posibilitatea ca pacientul să nu fie eligibil pentru asistență financiară.

În cazul în care SHS nu are o întâlnire directă cu pacientul, pacientul este incapabil din punct de vedere medical să participe la screeningul inițial, sau dacă screeningul inițial nu este practic în situațiile respective, SHS va furniza pacientului o explicație în scris cu privire la disponibilitatea asistenței financiare împreună cu instrucțiuni pentru depunerea cererii. Explicația va include datele de contact ale persoanei din cadrului SHS care poate ajuta pacientul să completeze cererea de asistență financiară, împreună cu o cerere de asistență financiară.

© 2025 Anexă Servicii de sănătate Swedish

NOTĂ: Versiunea electronică a prezentului document este cea mai recentă versiune și singura acceptabilă. Dacă aveți o versiune în format fizic, trebuie să vă asigurați că este identică cu versiunea electronică. Materialele tipărite sunt considerate documente necontrolate.

Providence SWEDISH

Dacă pacientul refuză sau nu cooperează în cadrul screeningului inițial, dar manifestă un interes pentru a depune cerere de asistență financiară sau indică că ar putea avea dificultăți legate de efectuarea plăților, SHS va furniza pacientului o explicație în scris cu privire la disponibilitatea asistenței financiare împreună cu instrucțiuni pentru depunerea cererii.

În funcție de circumstanțele și/sau preferințele pacientului, Providence poate comunica cu pacienții prin diverse mijloace, inclusiv prin interfețe digitale dar fără a se limita la acestea.

Depunerea unei cereri de asistență financiară: Pacienții pot solicita și depune o cerere de asistență financiară, care este disponibilă gratuit în cadrul facilităților SHS, sau prin următoarele moduri: personal, prin informarea personalului de servicii financiare pentru pacienți la sau înainte de momentul externării că se solicită asistență, prin poștă sau prin accesarea www.swedish.org/obp. Cererea de asistență financiară depusă de o persoană va fi procesată pentru a se stabili dacă îndeplinește criteriile pentru asistență financiară așa cum se prevede în prezenta politică.

Facilitățile SHS au personal desemnat, pregătit să ajute pacienții să completeze cererea de asistență financiară și pentru a vedea dacă pacienții se încadrează în condițiile pentru acordarea de asistență financiară oferită de SHS sau în cadrul unor programe de asigurări finanțate de guvern. Este disponibil de asemenea și ajutor cu traducerea pentru a adresa orice întrebări și pentru a asista la completarea Aplicației de Asistență Financiară.

Pacientul poate furniza o cerere completată de asistență financiară, inclusiv toate documentele solicitate, în orice moment. SHS va suspenda activitățile de recuperare în așteptarea unei decizii cu privire la eligibilitatea pentru asistență financiară, cu condiția ca pacientul să coopereze cu eforturile rezonabile ale celor de la SHS pentru a se ajunge la o decizie inițială. Dacă un pacient ia legătura cu cei de la SHS pentru a solicita timp suplimentar pentru completarea cererii de asistență financiară, SHS nu va demara măsurile de recuperare pentru cel puțin alte paisprezece (14) zile de la data primirii solicitării.

Stabilirea eligibilității pentru asistență financiară poate fi făcută în funcție de plafoanele de venit, detaliate în Anexa B. În cazul în care SHS aprobă cererea de asistență financiară a unui pacient, aceasta va trata serviciile eligibile de care beneficiază pacientul ca fiind eligibile pentru asistență financiară pe o perioadă minimă de nouă (9) luni, cu excepția cazului în care pacientul îi informează pe cei de la Kadlec că nu mai are nevoie și/sau nu mai dorește asistență financiară.

Situația financiară individuală: Pentru evaluarea situației financiare a pacientului, se vor lua în calcul veniturile pacientului, anumite bunuri și cheltuielile. În plus, SHS va lua în considerare și va colecta informații cu privire la active așa cum se solicită de către Centrele Medicare și Serviciile Medicaid (CMS) pentru raportarea costurilor Medicare, care se aplică în cazul pacienților Medicare care, de asemenea, nu au asigurare Medicaid. Deși SHS colectează informații despre active de la aceste persoane, precum și alte informații pe care consilierii financiari din cadrul SHS le consideră necesare, nu toate aceste active vor apărea în suma finală acordată. Spre exemplu, calcularea unui premiu nu va lua în considerare: (A) primii 100.000 USD din activele monetare ale pacientului (inclusiv activele familiei, dacă este cazul), și 50% din activele monetare ale pacientului, care depășesc primii 100.000 USD (inclusiv activele familiei, dacă este cazul); (B) orice cotă parte dintr-o locuință principală; (C) planuri de pensii sau de compensare eșalonată care se încadrează în baza condițiilor din Codul de administrație fiscală sau planuri de compensare eșalonată care nu se încadrează în astfel de condiții; (D) un autovehicul sau un al doilea autovehicul dacă este necesar pentru locul de muncă sau în scopuri medicale; (E) contracte de înmormântare plătite în avans sau locuri de veci; și (F) polițe de asigurare de viață cu o valoare nominală de 10.000 USD sau mai mică. Valoarea unui activ care are o penalizare pentru retragere anticipată va fi valoarea activului după ce a fost plătită penalizarea. Solicitările de informații înaintate de SHS către partea responsabilă în vederea verificării activelor se vor limita la informațiile necesare și disponibile în mod rezonabil pentru a stabili

© 2025 Anexă Servicii de sănătate Swedish

NOTĂ: Versiunea electronică a prezentului document este cea mai recentă versiune și singura acceptabilă. Dacă aveți o versiune în format fizic, trebuie să vă asigurați că este identică cu versiunea electronică. Materialele tipărite sunt considerate documente necontrolate.

existența, disponibilitatea și valoarea activelor unei persoane și nu vor fi utilizate pentru a descuraja depunerea unei cereri pentru îngrijire caritabilă sau la preț redus. Nu se vor cere copii formulare de verificare. Va fi necesar doar un extras de cont pentru a verifica activele monetare. În cazul în care nu există documente, SHS se va baza pe o declarație scrisă și semnată de către pacient. Informațiile cu privire la venituri, obținute de către spital în urma evaluării eligibilității pacientului pentru îngrijire caritabilă, nu vor fi utilizate pentru activități de recuperare. De asemenea, bunurile nu vor fi luate în calcul în cazul gospodăriilor cu un nivel federal al sărăciei de sub 300%, cu excepția pacienților Medicare care nu au asigurare Medicare, așa cum impune CMS pentru raportarea costurilor Medicare.

Calificări Venit:
Venitul unui pacient, pe baza FPL poate fi folosit pentru a determina eligibilitatea pentru asistență financiară. A se consulta Anexa B pentru detalii.

Stabilirea eligibilității:
Pacienții vor primi notificări ale deciziei de eligibilitate FAP în termen de 14 zile de la depunerea cererii completate de asistență financiară și a documentației necesare. Notificare va include și o justificare a temeiului la baza deciziei. După primirea cererii, eforturile de recuperare vor fi sistate până la transmiterea către pacient a unei decizii în scris cu privire la eligibilitate. SHS nu va lua o decizie cu privire la stabilirea eligibilității pentru asistență pe baza unor informații pe care spitalul le consideră, în mod rezonabil, ca fiind incorecte sau neafibile.

Soluționarea litigiilor:
Pacienții care au completat o cerere de asistență financiară pot contesta o decizie de neeligibilitate pentru asistență financiară, furnizând documentație suplimentară relevantă către SHS în termen de 30 de zile de la primirea notificării prin care se respinge cererea de asistență financiară. În susținerea contestației, pacientul trebuie să furnizeze documente suplimentare relevante. Pe perioada în care contestația este supusă examinării, SHS va suspenda eventualele activități de recuperare a debitelor. Toate contestațiile vor fi revizuite și, dacă în urma revizuirii se confirmă refuzul, pacientul și Departamentul de Stat al Sănătății vor primi notificări în scris, acolo unde este necesar și în conformitate cu legea. Procesul final de contestație se va încheia în termen de 10 zile de la primirea refuzului de către SHS. Contestația poate fi depusă la adresa Swedish Medical Center, c/o Providence Regional Business Office P.O. Box 31001-3422 Pasadena CA 91110-3422 United States of America.

Asistență financiară fără cerere de asistență financiară:
SHS poate aproba ca un pacient să beneficieze de o ajustare prezumtivă a soldului contului fără o cerere completată de asistență financiară, așa cum se prevede în circumstanțele de mai jos:

Calcule prezumtive: Aceste calcule se vor efectua pe bază de prezumție, folosind un instrument de evaluare financiară recunoscut în cadrul industriei, care evaluează capacitatea de plată pe baza unor documente financiare sau de altă natură disponibile în mod public, inclusiv, dar fără a se limita la, venitul aproximativ al gospodăriei și mărimea gospodăriei, conform criteriilor de eligibilitate stabilite în Anexa B. În cazul pacienților pentru care s-a stabilit, în mod prezumtiv, că sunt eligibili pentru anulări în baza acestui screening, sumele eligibile vor fi anulate așa cum se arată în Anexa B. În cazul pacienților care au efectuat o plată înainte ca SHS să stabilească faptul că pacientul este prezumtiv eligibil pentru asistență financiară, aceștia pot depune o cerere completată de asistență financiară pentru a fi evaluați din punct de vedere al eligibilității pentru restituirea sumelor plătite anterior.

- Programe de asistență publică: Pacienții care participă în cadrul programelor de stat Medicaid sunt eligibili pentru asistență prezumtivă. Soldurile contului pacientului care rezultă din cheltuielile pentru servicii eligibile care nu sunt rambursabile de către Medicaid sau alte programe de asistență pentru venituri mici, sponsorizate de guvern, pot fi eligibile pentru anularea prezumtivă completă, inclusiv, dar

© 2025 Anexă Servicii de sănătate Swedish

NOTĂ: Versiunea electronică a prezentului document este cea mai recentă versiune și singura acceptabilă. Dacă aveți o versiune în format fizic, trebuie să vă asigurați că este identică cu versiunea electronică. Materialele tipărite sunt considerate documente necontrolate.

fără a se limita la, cheltuieli nerambursabile pentru servicii eligibile legate de următoarele:

- Spitalizări refuzate
- Zile de îngrijire în spital refuzate
- Servicii neacoperite
- Refuzul cererilor de autorizare prealabilă
- Refuzuri din cauza acoperirii limitate

În cazul pacienților care participă la programe de asistență publică finanțate de stat (de exemplu, Programul de asistență pentru nutriție suplimentară cu alimente de bază și Programul de ajutor alimentar (SNAP), Programul de asistență temporară pentru familii nevoiașe (TANF), Programul de asigurări de sănătate pentru copii (CHIP), Programul pentru femei, sugari și copii (WIC); programe de mese gratuite pentru prânz și mic dejun și programe de asistență energetică pentru gospodăriile cu venituri mici), SHS poate lua în calcul o astfel de participare ca dovadă a FPL sau a venitului anual al familiei pentru a stabili eligibilitatea pentru asistență prezumtivă conform Anexei B.

Cheltuieli medicale catastrofale:
SHS va acorda asistență financiară la discreția sa pe baza situației pacientului sau în cazul unor cheltuieli medicale catastrofale care îndeplinesc condițiile dacă venitul anual al familiei pacientului și cheltuielile medicale totale suportate în cadrul facilităților SHS în ultimele 12 luni îndeplinesc condițiile specificate în Anexa B. Pentru evaluarea eligibilității pentru cheltuieli medicale catastrofale este necesară o cerere completată de asistență financiară

Timpuri de Urgență:
Asistența financiară poate fi disponibilă în vremuri de urgență națională sau de stat, indiferent de asistența pentru cheltuieli catastrofale. Criteriile de eligibilitate și cuantumul reducerilor vor fi stabilite la discreția SHS în momentul unei astfel de urgențe. O Aplicație pentru Asistență Financiară completă este necesară a fi evaluată pentru eligibilitate pentru Asistență Financiară în Vremuri de Urgență.

Cerințe de Eligibilitate: SHS poate refuza cererea de asistență financiară a unui pacient atunci când pacientul nu îndeplinește cerințele din prezenta politică. SHS poate, în conformitate cu legea statală, impune condiții de eligibilitate pentru deciziile de asistență financiară fără o cerere de asistență financiară, inclusiv dar fără a se limita la condiții prin care pacienții să răspundă la solicitări după cum este necesar pentru a facilita depunerea de cereri pentru asigurare medicală retroactivă prin programe de asistență medicală în baza capitolului 74.09 RCW. Dacă un pacient nu se califică pentru asistență financiară pe baza informațiilor luate în considerare fără o Aplicație pentru Asistență Financiară completă, pacientul poate furniza în continuare informațiile necesare în conformitate cu Aplicația pentru Asistență Financiară și poate fi luat în considerare în cadrul procesului de eligibilitate și de cerere de asistență financiară stabilit în această politică

Limitări privind Taxele pentru toți Pacienții Eligibili pentru Asistență Financiară:
Niciun pacient care se califică pentru oricare din categoriile menționate mai sus pentru asistență financiară nu va fi taxat mai mult decât procentul Sumelor Facturate în General (AGB) al taxelor brute pentru Servicii de Eligibilitate, așa cum sunt evidențiate mai jos.

Plan de plată rezonabil:
Toți pacienții pot cere un plan de plată, indiferent de determinare sau aplicație pentru asistență financiară. Planul de plată va include plăți lunare (fără dobândă sau taxe târzii) care nu sunt mai mult de 10% din venitul lunar al familiei pacientului, fără costurile de trai uzuale ale pacientului așa cum sunt listate în Aplicația de Asistență Financiară a pacientului.

© 2025 Anexă Servicii de sănătate Swedish

NOTĂ: Versiunea electronică a prezentului document este cea mai recentă versiune și singura acceptabilă. Dacă aveți o versiune în format fizic, trebuie să vă asigurați că este identică cu versiunea electronică. Materialele tipărite sunt considerate documente necontrolate.

Providence SWEDISH

Facturare și recuperări:
În cazul în care, după aplicarea asistenței financiare eligibile, mai rezultă și alte sume rămase, aceste sume pot fi trimise spre recuperare, cu excepția faptului că SHS nu va trimite spre recuperare sumele pentru serviciile eligibile furnizate pacienților Medicaid. Înainte ca sumele neachitate să fie transmise către o agenție de colectare în vederea recuperării, SHS va efectua o verificare pentru a stabili dacă pacientul se încadrează în condițiile pentru asistență financiară așa cum se descrie în prezenta politică. Eforturile de recuperare a soldurilor neachitate vor fi sistate până la o decizie finală cu privire la eligibilitatea pentru asistență financiară. În cazul în care o persoană nu a depus încă o cerere de asistență financiară, SHS va evalua persoana respectivă pentru a stabili dacă este eligibilă pentru calcule prezumtive într-un interval de timp care respectă legea aplicabilă a statului și practicile SHS în materie de facturare și recuperare a debitelor. Asistența financiară pe baza calculelor prezumtive se acordă conform prevederilor din Anexa B. Dacă o persoană dorește ca eligibilitatea pentru asistență financiară să fie stabilită mai devreme, aceasta poate depune o cerere de asistență financiară în orice moment. SHS nu va întreprinde și nu va permite agenților de recuperare a debitelor să întreprindă acțiuni extraordinare de recuperare, așa cum sunt definite în continuare. Pentru informații cu privire la practicile SHS de facturare și recuperare a sumelor datorate de pacienți, consultați politica SHS,care este disponibilă gratuit la Registratura fiecărui spital SHS, sau pe: www.swedish.org/obp**.**

Rambursări pentru Pacienți: În cazul în care un pacient achită costul serviciilor eligibile și ulterior se constată că este eligibil pentru asistență financiară în baza cererii de asistență financiară, plățile efectuate pentru acele servicii eligibile în timpul perioadei de timp eligibile pentru FAP, care depășesc obligația de plată, vor fi restituite, în conformitate cu reglementările statale și federale. Pentru claritate, Providence Swedish nu va restitui automat sumele achitate anterior pe baza unei decizii prezumtive de eligibilitate.

Revizuire anuală:
Această politică va fi revizuită anual de către conducerea desemnată din cadrul departamentului Ciclul de Venituri.

Excepții:

A se vedea Domeniul de aplicare de mai sus.

Definiții

În cadrul prezentei politici se aplică următoarele definiții și condiții:

1. Nivelul de Sărăcie Federală (FPL): FPL înseamnă ghiduri pentru sărăcie actualizate periodic în Registrul Federal de către Departamentul Statelor Unite al Americii pentru Servicii Umane și de Sănătate.

2. Sume facturate general (AGB): Sumele facturate în general pentru urgențe și alte îngrijiri medicale necesare pacienților care au asigurare de sănătate sunt denumite AGB în această politică. SHS calculează procentul AGB aplicabil pentru fiecare facilitate SHS prin înmulțirea cheltuielilor brute ale facilității pentru servicii eligibile cu un procent fix care are la bază cererile admise în baza programelor de asigurări Medicare sau de către plătitorii comerciali. Fișa cu informații detaliate despre procentele AGB folosite de fiecare facilitate SHS și modul cum sunt calculate poate fi obținută vizitând următorul site: www.swedish.org sau sunând la **1-866-747-2455** pentru a solicita un exemplar.

3. Servicii eligibile: Serviciile eligibile reprezintă servicii medicale necesare sau de urgență furnizate de o

© 2025 Anexă Servicii de sănătate Swedish

NOTĂ: Versiunea electronică a prezentului document este cea mai recentă versiune și singura acceptabilă. Dacă aveți o versiune în format fizic, trebuie să vă asigurați că este identică cu versiunea electronică. Materialele tipărite sunt considerate documente necontrolate.

Providence SWEDISH

facilitate SHS care sunt eligibile pentru asistență financiară. Serviciile medicale necesare, în sensul acestei politici, includ servicii pentru prevenirea, diagnosticarea sau tratarea unei boli, răni, afecțiuni sau boli sau simptomele unei boli, răni, afecțiuni sau boli și care îndeplinesc standardele de medicină acceptate. . Serviciile care sunt estetice, cosmetice, experimentale, de investigație sau parte a unui program de cercetare, sau servicii care sunt pentru confortul pacientului sau al medicului, nu sunt considerate servicii necesare din punct de vedere medical.

4. Acțiunea de Colectare Extraordinară (ECA): ECA-urile sunt definite ca acele acțiuni care necesită un proces legal sau judiciar, implică vânzarea unei datorii către o altă parte sau implică raportarea de informații negative către agenții sau birouri de credit. Acțiunile care necesită un proces legal sau judiciar în acest scop includ un drept; executarea silită asupra bunurilor imobile; poprirea sau sechestrarea unui cont bancar sau a altor bunuri personale; deschiderea unei acțiuni civile împotriva unei persoane; acțiuni care provoacă arestarea unei persoane; acțiuni care fac ca un individ să fie supus atașării corpului; și poprirea salariului.

5. FAP-Perioada de Timp Eligibilă: Perioada de timp eligibilă în care poate fi depusă FAP pentru (i) servicii spitalicești este de 240 de zile; și (ii) pentru servicii clinice este de 90 de zile, în fiecare caz în care pacientul trebuie să depună la SHS o cerere de asistență financiară. Timpul începe de la data primului extras de facturare după externare care este furnizat pacientului. Un extras de factură este considerat „după externare” dacă este furnizat unui pacient după ce pacientul a primit îngrijire, fie că este internat sau ambulatoriu, iar persoana respectivă a părăsit unitatea. O Perioadă Separată de Timp Eligibilă pentru FAP începe cu fiecare episod de îngrijire, iar perioada de 240 de zile pentru serviciile spitalicești sau perioada de 90 de zile pentru serviciile clinice, după caz, va fi măsurată din prima factură de după externare pentru cel mai recent episod de îngrijire. Acestea fiind spuse, SHS are decizia să accepte și să proceseze cererile de asistență financiară pentru pacienți în orice moment.

Cerințe de reglementare

Secțiunea Codului Intern de Venituri 501(r); 26 C.F.R. 1.501(r)(1) – 1.501(r)(7)
Codul administrativ al statului Washington (WAC) Capitolul 246-453
Codul revizuit al statului Washington (RCW) Capitolul 70.170
Tratamentul Medical de Urgență și Legea Muncii (EMTALA), 42 U.S.C. 1395dd
42 C.F.R. 482.55 și 413.89

Referințe

Ghidurile de Caritate ale Asociațiilor Spitalelor Americane
Angajamentul Providenței față de Ghidul pentru Neasigurate
Manualul Furnizorului de Rambursare, Partea I, Capitolul 3, Secțiunea 312

© 2025 Anexă Servicii de sănătate Swedish

NOTĂ: Versiunea electronică a prezentului document este cea mai recentă versiune și singura acceptabilă. Dacă aveți o versiune în format fizic, trebuie să vă asigurați că este identică cu versiunea electronică. Materialele tipărite sunt considerate documente necontrolate.

Providence SWEDISH

Anexa A
Lista facilităților acoperite

Spitale SHS în Washington	
Swedish Medical Center First Hill/Ballard	Swedish Medical Center Cherry Hill
Swedish Issaquah	Swedish Edmonds

Pentru claritate, prezenta politică se aplică tuturor departamentelor și clinicilor cu servicii de spitalizare și ambulatoriu din cadrul facilităților acoperite. În plus, prezenta politică se aplică angajaților unităților acoperite, precum și entităților non-profit sau fără scop lucrativ deținute sau controlate majoritar de Swedish și care poartă numele Swedish și angajații respectivi.

© 2025 Anexă Servicii de sănătate Swedish

NOTĂ: Versiunea electronică a prezentului document este cea mai recentă versiune și singura acceptabilă. Dacă aveți o versiune în format fizic, trebuie să vă asigurați că este identică cu versiunea electronică. Materialele tipărite sunt considerate documente necontrolate.

Providence SWEDISH

Anexa B
Plafoane de venit pentru spitalele SHS

Dacă...	**Atunci ...**
Venitul anual al familiei, ajustat în funcție de dimensiunea familiei, este egal sau sub 300% din orientările actuale FPL,	Pacientul este determinat a fi lipsit din punct de vedere financiar și se califică pentru asistență financiară 100% anulată din sumele de responsabilitate a pacientului pentru Serviciile eligibile.
Venitul anual al familiei, ajustat în funcție de mărimea familiei, este cuprins între 301% - 400% din limitele actuale FPL,	Pacientul este eligibil pentru o reducere de 80% din costurile inițiale cu privire la sumele care cad în sarcina acestuia, dar în niciun caz nu vor depăși AGB.
Venitul anual al familiei, ajustat în funcție de mărimea familiei, se încadrează la sau sub 400% din FPL SI în ultimele 12 luni, pacientul a suportat cheltuieli medicale totale pentru servicii eligibile furnizate în cadrul spitalelor SHS care depășesc cu 20% venitul anual al familiei, ajustat în funcție de mărimea familiei,	Pacientul este eligibil pentru o aprobare unică pentru asistență financiară pentru Cheltuieli Medicale Catastrofale, anulare 100% din sumele de responsabilitate a pacientului pentru Serviciile Eligibile datorate la data depunerii Aplicației de Asistență Financiară.
În cazul în care un pacient nu a depus o cerere completată de asistență financiară, așa cum se prevede în prezenta politică, dar în urma efectuării unei analize cu un instrument de evaluare financiară recunoscut în cadrul industriei se estimează că venitul aproximativ al gospodăriei, ajustat în funcție de mărimea familiei, se situează la sau sub 300% din limitele FPL curente,	Pacientul este eligibil, în mod prezumtiv, pentru o asistență financiară cu anulare în procent de 100% a sumelor care cad în sarcina acestuia pentru servicii eligibile.

© 2025 Anexă Servicii de sănătate Swedish