

GRAND VIEW HEALTH
Sellersville, PA

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Julio de 2016

POLÍTICA

Grand View Health (GVH) otorga examen a cada paciente con respecto a su o su capacidad de a pagar para emergencia y medicamento necesario salud atención.

Ámbito de aplicación De política y descuentos

Este Política debe cubierta emergencia y medicamento necesario salud cuidado los servicios proporcionados por GVH servicio líneas. Pacientes domicilio dentro de GVH primaria y secundaria geográfica áreas como define en programación A (*adjunto*) califican para financiero ayuda en el forma de un descuento de cargos como se indica en calendario B (*adjunto*). Las personas que residen fuera de la GVH primaria y servicio secundario áreas son elegibles para Asistencia financiera en el forma de un descuento de cargos en acuerdo con horario C (*adjunto*).

Adjunto a esta política como anexo D (*adjunto*) es una lista completa de proveedores, además de GVH, entrega de emergencia u otros atención medicamento necesaria en GVH que especifica que los proveedores están cubiertos por esta póliza y que no están cubiertos.

DEFINICIONES

AGB significa cantidades generalmente pico de emergencia o de otro tipo de atención medicamento necesaria a las personas que tienen cobertura de seguro.

EMTALA significa que el tratamiento médico de emergencia federal y Active Labor Act, 42 USC 1395dd.

Asistencia financiera significa o: (1) gratis cuidado proporcionado a pacientes que son seguro/seguro para la emergencia y medicamento necesario servicio y que han familia ingresos no en exceso de 200% de la Federal pobreza nivel. (*Ver adjunto horarios B & C*); o (2) descuentos de cargos que los pacientes que son seguro/seguro para la relevantes servicio y que han familia ingresos en exceso de 200% pero no superior al 500% de la Pobreza Federal nivel. (*Ver Unido listas B & C*).

Seguro / Infrasegurado paciente significa un individual que carece de adecuada cuidado de salud seguro cobertura a través de: (1) un tercer partido aseguradora, (2) un ERISA plan, (3) un Federal o del Estado de salud atención programa (incluyendo con hacia fuera limitación Medicare, Medicaid, SCHIP y TRICARE), (4) trabajadores compensación, (5) Ahorro médico cuenta o otra cobertura para todos o cualquier parte de el pertinente cuenta, incluyendo reclamaciones contra terceras partes cubiertas por seguro a que un GVH entidad es subrogado (si y cuando dicho pago es realmente hecho por tales seguros empresa).

COMPROMISO DE PROPORCIONAR ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

GVH ofrece, sin discriminación, atención para emergencias médicas a los individuos independientemente de si son elegibles para la ayuda bajo esta política. GVH no participarán en acciones que desalientan a los individuos de buscar atención médica de emergencia, como exigiendo que pacientes de urgencias pagan antes de recibir tratamiento para condiciones

médicas de emergencia o permitiendo la deuda actividades de colección que interfieren con el suministro, sin discriminación, de atención médica de emergencia. Servicios médicos de emergencia, incluyendo a traslados de emergencia, en virtud de EMTALA, se proporcionan a todos los pacientes GVH en forma no discriminatoria, en virtud de la política EMTALA de GVH.

DISPONIBILIDAD DE AYUDA FINANCIERA AMPLIAMENTE PUBLICADO

Notificación relativa a la existencia de GVH financiero asistencia política (*anexo 5*) debe ser publicada en la GVH Web y dentro del hospital y su servicio línea sitios que pacientes Buscar para obtener servicios, como así como ofrece a todos los pacientes en la tiempo de su registro de servicios. Instrumentos GVH, como medidas adecuadas, adicionales para dar a conocer ampliamente la disponibilidad de asistencia financiera en las comunidades que sirve.

SERVICIOS ELEGIBLES

Ayuda financiera está disponible para los pacientes elegibles para estos servicios:

- Servicios médicos de emergencia
- Servicios médicamente necesarios (no electivos) para urgentes condiciones peligrosas para la vida fuera del Departamento de emergencia
- Otros servicios médicamente necesarios según lo determinado sobre una base caso por caso

Asistencia financiera no disponible para servicios tales como:

- Servicios considerados " no cubiertos " por Medicare
- Servicios no consideran médicamente necesarios de GVH, incluyendo pero no limitado a lo siguiente:
 - Servicios de estética
 - Servicios optativos relacionados con la reproducción, como in vitro Fertilización o vasectomía/vasectomía reversión
 - La cirugía de trasplante y los servicios relacionados
 - Cirugía bariátrica (pérdida de peso) y los servicios relacionados
 - Servicios de medicina complementaria/alternativa como la acupuntura
 - Exámenes oculares de rutina
 - Lentes de contacto, audífonos, implantes cocleares

Ayuda financiera no es disponible por servicios no prestados directamente por GVH (ver anexo D – lista de proveedores).

Elegibilidad Determinación

Además de ofrecer información de asistencia financiera a todos los pacientes en el momento de la inscripción, para registrado pacientes hospitalizados y ambulatorios, GVH será también pantalla cuentas en orden a identificar paciente elegibilidad para ayudas. Este revisar y proyección se ocurren tanto anticipado, en la tiempo de admisión o suministro de servicios, y también durante el curso de paciente cuenta facturación y seguros seguimiento.

Consideración de elegibilidad paciente para Ayuda financiera puede también se producen en la solicitud de la paciente o garante.

La Servicios financieros del paciente personal de a discutir la de política aplicabilidad potencial a la circunstancias de que el paciente o potenciales paciente. Paciente Servicios financieros

personal ayudar a en obtener auspiciado por el gobierno salud cobertura y explicar otras Opciones de pago como adecuada.

ELEGIBILIDAD PRESUNTA

Hay casos cuando un paciente puede aparecer elegible para asistencia financiera, pero no hay ninguna forma de asistencia financiera en archivo por falta de documentación de apoyo. A menudo hay información adecuada proporcionada por el paciente o a través de otras fuentes que puedan proporcionar evidencia suficiente para proporcionar al paciente con asistencia financiera. En caso de que no existe evidencia para soportar la elegibilidad del paciente para asistencia financiera, GVH puede utilizar fuera de agencias en la determinación de cantidades de ingresos de estimación para la base de determinar la elegibilidad de ayuda financiera y las cantidades de descuento posibles. Una vez determinado, debido a la inherente naturaleza de las circunstancias de la presuntos, se hará una escritura 100% en el saldo de la cuenta. Elegibilidad presuntiva puede determinarse sobre la base de circunstancias de la vida individual que pueden incluir:

1. Programas financiados por el estado de la prescripción;
2. Sin hogar o recibieron la atención de una clínica sin hogar;
3. Participación en programas de mujeres, infantes y niños (WIC);
4. Elegibilidad de cupones para alimentos;
5. Subsidiado la Escuela almuerzo elegibilidad para el programa;
6. Elegibilidad para otros estado o programas de asistencia local que están sin fondos (por ejemplo, Medicaid deducible);
7. Bajos ingresos/viviendas subsidiadas por el se presenta como una dirección válida; y
8. Paciente ha fallecido con ningún conocido estado.

Aplicación Proceso

Con respecto a determinar la elegibilidad para ayuda financiera, GVH requiere que el paciente complete una solicitud de asistencia financiera y proporcionar otra información financiera y documentación pertinente para hacer una determinación de elegibilidad financiera. Asistencia financiera no se considera ser un sustituto para la responsabilidad personal. Pacientes deben cooperar con los procedimientos de GVH para obtener asistencia financiera y a contribuir a los gastos de sus cuidados basados en su capacidad individual de pago.

Una vez un paciente o prospectivo paciente es identificado como potencialmente ser elegibles para Asistencia financiera, el paciente Servicios financieros personal será proveen a el paciente o garante de un aviso de posible calificación para financiero ayuda (*anexo 1*) a lo largo de con un financiera asistencia aplicación (*anexo 2*) y documentos lista (*anexo3*). En orden para un formal determinación de Ayudas elegibilidad que hizo, es necesario para la paciente (o garante) a proporcionar cualquier y toda la información solicitados, incluyendo, pero no limitada a demográfico y información financiera, como bien como información documentando ingresos recursos activos financieros, y hogares gastos. La hospital será mantener todos esos información financiera en confianza y los que utilizan sólo para el propósito de evaluar un de paciente elegibilidad para asistencia financiera. La paciente Servicios financieros personal será

proveen asistencia a aquellos pacientes necesidad de ayudar a completa la Asistencia financiera aplicación y documentos lista de verificación. Signo e idioma intérpretes será proporcionado como garantizado de acuerdo con gran vista salud política.

El recursos financieros de un padres o tutor puede ser considerado en determinar el financiero asistencia elegibilidad de un paciente que es un dependiente legal.

Pacientes que no proporcionar una adecuada información necesario a totalmente y con precisión evaluar su situación financiera puede ser considerado inelegible para recibir financiero asistencia descuentos; sin embargo, este que not ser condición a la oportuna suministro de emergencia y médicamente necesario tratamiento. Ver exposición 3A para la carta enviada a los solicitantes prestación incompleta datos.

Pacientes actualmente elegibles para Asistencia médica va a ser considerado indigentes y puede calificar para completo Asistencia financiera para pendientes reclamaciones para las fechas de servicio a 180 (un cientos ochenta) días previo a su Asistencia médica elegibilidad fecha. Información adicional puede ser requiere para determinar la fecha exacta de elegibilidad para retrospectivo asistencia financiera.

Aplicaciones para Ayuda financiera caer fuera de establecido directrices e que extraordinario circunstancias puede ser considerado con el documentado aprobación de la Senior Vice Presidente financiero.

Pacientes puede volver en cualquier tiempo si su original solicitud es negada y sentirse su financiera circunstancias han cambiado.

Todos candidatos encuentros va a ser introducido en el paciente Contabilidad o facturación sistema y toda solicitud documentación será escaneada a la de paciente cuenta o mantenido en un archivo papel.

PARTICIPACIÓN

Clasificación de pacientes para Asistencia financiera puede ser otorgado un descuento de cargos de a a un 100%. Pacientes que son ofrecemos Asistencia financiera en el forma de un descuento cargos de de menos que 100% tendrán escrito notificación de el nivel de descuento que siempre, con el GVH pertinente bill ser ajustado a reflejar cualquier tan descuento (anexo 4). Condiciones de pago será discutido y de acuerdo en con el paciente o garante.

ACCIONES EN CASO DE FALTA DE PAGO

Colección de cantidades debidas de pacientes recibe Asistencia financiera será manejado de conformidad con el GVH colección política y facturación. El público puede obtener una copia gratis de esta política separada de GVH mediante la información de contacto del Hospital los siguientes.

Cálculo de financiera asistencia de último minuto en

Personal GVH será utilizar la Asistencia financiera cálculo hoja (*Anexo 6*) para calcular la nivel de descuento que unfforded un seguro/seguro paciente basado en la del paciente hogares ingresos, familia tamaño, activos financieros, y hogar gastos. GVH deberá usar el GVH financiero ayuda cálculo de financiera responsabilidad (*horarios B & C*) cuando determinar la nivel de Asistencia financiera descontando a ser proporcionó el seguro/seguro paciente. Diez por ciento (10%) de la del solicitante neto activos valor, como determinado durante el proceso,

será acreditado como ingresos cuando determinar la elegibilidad de Ayuda financiera y la concesión de cualquier relacionados con Asistencia financiera descuento.

Después de una determinación de elegibilidad de la FAP, un individuo elegible para FAP no se cobrará más de AGB para emergencia u otros atención médicamente necesaria. Así, pacientes que califica para un Asistencia financiera descuento será responsable para menor de calculado responsabilidad paciente cantidad debida o la media Medicare tasa para la servicios siempre. GVH será anualmente aplicar el "ver-detrás" metodología utiliza el Medicare honorario -para-servicio población a determinar cantidades generalmente pico (AGB) como un porcentaje de cargos.

GVH calcula el porcentaje AGB y se aplica, según el caso, a la Asistencia financiera cuenta. El actual porcentaje AGB puede obtenerse gratuitamente a través de la información de contacto a continuación.

El cálculo año los porcentajes AGB va ser enero 1 a diciembre 31 y el AGB porcentaje va a ser actualizado por 31 de enero de la siguiente calendario año.

Cuando un paciente falla a calificar estrictamente ingresos directrices, entonces mensual hogares y mensual gastos médicos será revisado y considerado por el paciente financiero servicios personal. Cincuenta % (50%) de documentado doméstico mensual gastos por a un máxima de \$2.000,00 por mes va a ser considerados en la determinación de elegibilidad. Una cien por ciento (100%) de mensual gastos médicos será considerado por de Servicios financieros del paciente personal de en determinar elegibilidad.

RENDICIÓN DE CUENTAS

GVH revisar la Asistencia financiera política en menos anualmente cuando el nueva Federal de pobreza ingresos límites son publicado. Auditorías anuales será realizado para verificar que aplicaciones están siendo manejado bastante, , y constantemente. La Asistencia financiera política va a ser revisado anualmente con la paciente Servicios financieros personal y entrenamiento necesita será dirigida y siempre como necesario.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL HOSPITAL

Website: <https://www.gvh.org/patients-visitors/financial/charity-care-financial-assistance/>

Teléfono: 215-453-4608

Correo o en persona:

Grand View Health
Patient Financial Services Department
Attention: Financial Assistance Representative
700 Lawn Avenue
Sellersville, PA 18960

Horario A

GVH primario servicio zona (Código postal 16 áreas)

18915 Colmar
18917 Dublin
18041 East Greenville
18054 Verde Lane
19438 Harleysville
19440 Hatfield
18927 Hilltown
19446 Lansdale
18932 Línea Lexington
18073 Pennsburg
18944 Perkasio
18951 Quakertown
18076 Rojo Hill
18960 Sellersville
18964 Souderton
18969 Telford

GVH secundario servicio zona (Código postal 19 áreas)

19504 Barto
18913 Carversville
18914 Chalfont
19426 Collegeville
18036 Coopersburg
18901 Doylestown
18923 Fountainville
19435 Frederick
18056 Hereford
18930 Kintnersville
18934 Mechanicsville
18936 Montgomeryville
19454 Norte Gales
18942 Ottsville
18070 Palma
18074 Perkiomenville
18955 Richlandtown
19473 Schwenksville
19492 Zieglerville

GRAND VIEW HEALTH SELLERSVILLE, PA									<u>Schedule B</u>
<u>CALCULATION OF FINANCIAL RESPONSIBILITY</u>									
<u>FINANCIAL ASSISTANCE DETERMINATION</u>									
For Patients Residing in GVH's Primary or Secondary Service Areas									
HOUSEHOLD INCOME	Household Size								Patient Responsibility % of Charges Due
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Household income ≤ 200% of HHS Poverty Income	\$23,760	\$32,040	\$40,320	\$48,600	\$56,880	\$65,160	\$73,460	\$81,780	0%
Household income ≤ 300% of HHS Poverty Income	\$35,640	\$48,060	\$60,480	\$72,900	\$85,320	\$97,740	\$99,999	\$99,999	5%
Household income ≤ 400% of HHS Poverty Income	\$47,520	\$64,080	\$80,640	\$97,200	\$99,999	\$99,999	\$99,999		10%
Household income ≤ 500% of HHS Poverty Income	\$59,400	\$80,100	\$100,800	\$99,999	\$99,999				20%
*Income Guidelines as Published in the Federal Register on January 25, 2016									
Patients who qualify for a charity care discount will be responsible for the lesser of the calculated patient responsibility amount due or the comparable Medicare rate as per the "Look Back" method outlined on page three for the services provided.									

GRAND VIEW HEALTH SELLERSVILLE, PA									<u>Schedule C</u>
CALCULATION OF FINANCIAL RESPONSIBILITY									
FINANCIAL ASSISTANCE DETERMINATION									
For Patients Residing outside of GVH's Primary or Secondary Service Areas									
HOUSEHOLD INCOME	Household Size								Patient Responsibility % of Charges Due
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Household income ≤ 200% of HHS Poverty Income	\$23,760	\$32,040	\$40,320	\$48,600	\$56,880	\$65,160	\$73,460	\$81,780	0%
Household income ≤ 300% of HHS Poverty Income	\$35,640	\$48,060	\$60,480	\$72,900	\$85,320	\$97,740	\$99,999	\$99,999	10%
Household income ≤ 400% of HHS Poverty Income	\$47,520	\$64,080	\$80,640	\$97,200	\$99,999	\$99,999	\$99,999		20%
*Income Guidelines as Published in the Federal Register on January 25, 2016									
Patients who qualify for a charity care discount will be responsible for the lesser of the calculated patient responsibility amount due or the comparable Medicare rate as per the "Look Back" method outlined on page three for the services provided.									

Horario D

LISTA DE PROVEEDORES

A continuación es una lista completa de proveedores, además de GVH, entrega de emergencia u otros atención médicamente necesaria en GVH que especifica que los proveedores están cubiertos por la política de asistencia financiera y que no están cubiertos:

PROVEEDORES DE CUBIERTOS POR UNA PÓLIZA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE GVH:

No todos los servicios prestados por los proveedores siguientes están cubiertos por la política de asistencia financiera de GVH. Por favor refiérase a la sección de "Los servicios" de la política para obtener información adicional.

Grand View Health enumerados en la siguiente página web:
<https://www.GvH.org/locations/Grand-View-Medical-Practices/>

Grand View Home Care
Grand View Hospice
Grand View Palliative Care
Grand View Medical Company
Grand View Health Emergency Medical Services Medic 151
Grand View Sports Medicine

PROVEEDORES NO CUBIERTOS POR LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE GVH:

Otros médicos listan en la siguiente página web, *que*, los proveedores de salud de gran visión: <https://www.GvH.org/Find-a-Physician/>

[fecha]

[nombre] [calle]

[ciudad, Estado, zip código] Estimado [nombre]:

Basado en sobre nuestra revisar su solicitud y consistente con nuestro financiero asistencia política, cuenta ha sido identificado como uno puede calificar para la reducción de la balanza debió.

En orden para Grand View Health a totalmente evaluar su elegibilidad bajo esta política, es necesario que le completa y devolver el cerrado de aplicación, a lo largo de con la información pidió. Gran vista salud requiere su cooperación con esta petición como solicitudes incompletas serán no ser considera. Grand View Health personal está disponible para ayudar a usted con este proceso y puede también usted en ayudar determinar elegibilidad para cualquier gobierno programas.

Por favor adelante todos solicita información para el Hospital paciente financiero servicios departamento dentro de la próximo 30 días. Nuestra Oficina está abierta cada día, excepto vacaciones como sigue:

Lunes a el Viernes: 8:30 a.m. a 4:45 p.m.

Sábado & Domingo: 8:00 a.m. a 4:15 p.m.

Si usted tiene cualquier preguntas o dudas, por favor sentir gratis a póngase en contacto con nos.

Atentamente,

[nombre]

Paciente de Servicios Financieros
Departamento 215-453-4608

Cajas

Grand View Health

Financiera Asistencia aplicación

Por favor total todos preguntas en este sección. Falta a completa este sección podría resultado en retrasos en evaluación elegibilidad de financiera asistencia.

Paciente Información

Paciente Nombre _____ fecha de nacimiento: _____

Paciente Social Seguridad Número: _____

Calle Dirección _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Página de inicio Teléfono: obra teléfono: _____

Actual Salud Seguro Empresa Nombre: _____

Política de número: Grupo nombre o número: _____

Hogar Miembros

Por favor conectar adicionales hojas de papel si hogares ha más que ocho miembros.

	Nombre	Relación	Edade
1	_____	Yo mismo	_____
2	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____
7	_____	_____	_____
8	_____	_____	_____

Mensual casa ingreso

Anexo 2
(Continuación)

Salarios/sueldos (antes impuestos): _____

Pensiones: _____

Social Seguridad: _____ Otros discapacidad: _____

SSI: _____ Efectivo asistencia: _____

Desempleo Compensación: _____

Del trabajador Compensación: _____

Niño soporte: conyugal soporte: _____

Veteranos de guerra Administración de (VA) beneficios: _____

Otros Recibo ingresos (*incluye fideicomisos, intereses/dividendos, etc.*): _____

Hogar Contable recursos:

Por favor lista su disponibles cuentas y líquido activos para su los. A líquido activos es define como efectivo o cualquier tipo de negociable activos que puede ser convertido rápidamente y fácilmente en efectivo. Hacer no incluyen su casa, hogares artículos, vehículos, ira, 401 (k) cuentas y otros no líquido activos.

Certificados de depósito: _____ Existencias o enlaces: _____

Trust fondo: _____ Ahorro cuenta: _____

Comprobación cuenta: _____ Ahorro certificados: _____

U.S. Ahorro Enlaces: _____ Navidad o vacaciones Club: _____

Salud ahorro cuenta (HSA) fondos: _____

Otros (*Por favor explicar*): _____

Mensual casa gastos

Por favor respuesta la preguntas debajo de a proporcionar un mejor comprensión de su habilidad a pagar para médica cuidado. Mayor que el promedio o lo contrario inusual gastos puede resultado en un ajuste si ingresos hacia abajo. Baja - que media gastos le no resultado en un ajuste de ingresos hacia arriba.

Hipoteca/rentar: _____ Propiedad impuestos: _____

Seguro: _____ Auto préstamo: _____

Crédito Tarjetas (*Total*): _____ Agua: _____

Gas: _____ Óleo: _____

Eléctrica: _____ Teléfono: _____

Niño soporte: _____ Conyugal ayuda: _____

Salud ahorro cuenta (HSA) contribuciones: _____

Otros (*Por favor explicar*): _____

Gastos médicos mensuales

Primas de Seguros: _____ Equipo: _____

Los doctores visitas: _____ Recetas: _____

Otros (*Por favor explicar*): _____

GRAND VIEW HEALTH

Verificación de ingresos, contable recursos & casa gastos

Por favor adjuntar prueba de ingresos de la pasado 30 días, su mensual hogares gastos, y actual recursos a esta aplicación. Por favor Compruebe todos ingresos, gastos y recursos lista en anexo 2. Si son a verificar algunos o todo de su ingresos, gastos o recursos, por favor explicar por qué en un Unido hoja de papel. Aplicaciones le no ser rechazó para incapacidad a comprobar ingresos, gastos o recursos, siempre que razonable explicación para la incapacidad es dado. Aceptable fuentes de verificación son, pero son no limitada a:

- Pagar recibos o cartas de empleadores, listado sueldos antes de impuestos.
- Premio Letras o Banco declaraciones mostrando depósitos de Social seguridad, otros discapacidad, pensiones, de trabajador compensación, o paro compensación pagos.
- Premio letras, Tribunal documentos, o Banco declaraciones que depósitos de niño o conyugal apoyar pagos.
- Documentación de otros fuentes de ingresos
- Si la hogar ha no ingresos, cartas de personas que son ayudar a con diario viven necesita, explicando la ayudar a que el personas proporcionar (p. ej., abarrotes compras o Alquiler y utilidad pagos).
- Salud ahorro cuenta (HSA) y otros dedicado cuenta Estados.
- Control de y ahorro cuenta Estados.
- Copia de salud seguro tarjetas, si aplicable.

Gastos

- Proyectos de ley o declaraciones para cualquier gastos han listados.

Certificación

Por favor signo y volver el completado aplicación con el artículos lista encima de.

Me certificar que la información contenidos en este aplicación es true y completa. Entender que intencional falsificación de información contenidos en este aplicación le resultado en negación de financiera asistencia.

Firmado: _____

Fecha: _____

Anexo 3A

[Fecha]

[Nombre]

[Calle]

[Ciudad, Estado, código postal código]

Estimado [nombre]:

Gracias para su uso para asistencia financiera.

Nos son a completa tu solicitud con la información siempre.

En orden para nos a hacer un determinación de elegibilidad, necesitamos los siguientes información:

[1]

[2]

Por favor adelante este información a la Departamento de Servicios financieros del paciente como pronto como posible.

Su aplicación para financiera asistencia le ser cerrado si esta información es no dentro de 30 días.

Si la solicita información es no recibido, sus cuentas va a ser devuelto a nuestra colección normal proceso de y va ser espera que pagar en completo. Cuentas no pagado completo podría ser referido a un Agencia y puede ser registrados a un informes de crédito Agencia.

Por favor llame al paciente Servicios financieros 215-453-4608 con cualquier preguntas.

Atentamente,

Coordinador
Paciente Servicios Financieros
215-453-4608

Anexo 4

[fecha]

[nombre] [calle]

[ciudad, Estado, zip código]

Estimado [nombre]:

Nos han revisado su aplicación para financiero asistencia y han determinado que su presente financiera situación hace / hace no calificar usted para la reducción de o perdón de su hospital equilibrio debe. Por favor Nota médico cargos no incluido. La siguiente representa el cálculo de pago debido Grand View Health:

Total gastos de servicios: _____

Menos: pagos recibidos: (_____)

Saldo: _____

Cantidad de reduce cargos o perdón de equilibrio: _____

Cantidad Generalmente Facturada*: _____

*Grand View Health no cobra nadie elegible para asistencia financiera atención médicamente necesaria más que cantidades generalmente facturados (AGB) de emergencia u otro. Para obtener más información sobre AGB, llame al número de teléfono a continuación.

Debido saldo ajustado del Paciente: _____

No pagar la ajustado cantidad debida será resultado en sus cuentas volvió a de GVH colección normal actividad incluyendo referencias a una Agencia de colección y un crédito informes Agencia. Por favor póngase en contacto con nuestro paciente financiero Departamento de servicios en el número de teléfono debajo de si usted tiene cualquier preguntas o arreglar pago términos de el ajustado balance debido.

Atentamente,

[nombre]
Paciente De servicios financieros
Departamento 215-453-4608

GRAND VIEW HEALTH

AYUDA FINANCIERA

Grand View Health es orgulloso de su misión a proporcionar calidad cuidado a la comunidades que nos servir, 24 horas un día, 7 días un semana 365 días un año.

Si hacer no han salud seguro o se preocupe que te puede no ser capaz de a pagar para parte o todas de su cuidado, nos puede ser capaz de a ayudar a. Grand View Health ofrece financiera ayuda a pacientes basado en su ingresos, activos, y financieros necesita. En Además, nos puede ser capaz de a ayudar a le aplicar para seguro cobertura a través de el Estado médica asistencia programa o a trabajo con a arreglar un manejable pago plan.

Para más información, por favor contacto Hospital paciente financiero servicios en 215 - 453-4608 o visita www.gvh.org. Le tratar su preguntas y cualquier información le proporcionar nos con confidencialidad y cortesía.

GRAND VIEW HEALTH

CÁLCULO DE ASISTENCIA FINANCIERA
HOJA DE CÁLCULO

Para Hospital uso sólo

Nombre del Paciente: _____

Número de cuenta: _____

A) Número en casa	0
B) Anual ingresos	\$0.00
C) neto activos valor	\$0.00
D) neto activos valor veces 10%	\$0.00
E) Derecho hogar/Medical gastos	\$0.00
F) TOTAL (B plus D menos E)	\$0.00
G) Financiera ayuda descuento % (anexo B o C)	
H) Total cargos	\$0.00
I) financiero ayuda (G veces H)	\$0.00
J) paciente responsabilidad (H menos G)	\$0.00
K) Medicare tasa/ tasa de AGB	\$0.00
L) Final paciente pago menor de (J) o (K)	\$0.00