

Data di creazione: 10/01/2015
Data dell'ultima revisione: 11/7/2017

Titolo della politica: Cure gratuite per fini caritatevoli e assistenza finanziaria

Campo di applicazione: Questa politica riguarda tutti i servizi di assistenza sanitaria necessari forniti dallo Shore Medical Center (SMC) e non include le parcelle professionali associate ai servizi sanitari forniti da *Advanced Radiology Solutions (ARS)*, *Bayfront Emergency Physicians*, *Shore Pathology Associates (SPA)*, *Advanced Anesthesia Associates*, e quelle erogate da altri consulenti medici o fornitori. SMC è impegnato a trattare i pazienti colpiti da emergenze mediche indipendentemente dalla loro possibilità finanziarie. Lo scopo di questa politica non è di offrire servizi gratuiti o scontati a pazienti che dispongono di assicurazioni con importi deducibili elevati o coassicurazioni, a meno che essi non siano stati ritenuti idonei a ricevere assistenza finanziaria ai sensi di questa politica. Qualsiasi persona che non disponga di un'assicurazione medica o non sia in grado di pagare in toto o in parte le somme dovute a SMC per i servizi sanitari forniti da SMC può fare richiesta per ricevere cure gratuite a fini caritatevoli e assistenza finanziaria. I pazienti che stanno ricevendo cure elettive di chirurgia plastica o cosmetica non sono ammessi.

Politica: lo Shore Medical Center è impegnato a fornire assistenza finanziaria alle persone prive di assicurazione medica, che sono assicurate in modo insufficiente, che non sono ammesse nei programmi del governo, o che comunque non sono in grado di pagare cure mediche necessarie in virtù della loro situazione finanziaria personale. SMC è impegnato a trattare i pazienti che hanno problemi finanziari con la stessa dignità e considerazione data a tutti gli altri suoi pazienti. Con questa politica, SMC intende definire delle procedure di assistenza finanziaria che siano conformi alle leggi federali, statali e locali in vigore.

Definizioni:

Linee guida federali sulla povertà (FPG) - Linee guida finanziarie pubblicate dal governo federale all'inizio di ogni anno di calendario usate per stabilire l'idoneità ad accedere ai programmi per la povertà. Le FPG attuali sono consultabili sul sito web del Ministero della Salute e dell'Assistenza statunitense all'indirizzo www.hhs.gov.

Paziente non assicurato - Un individuo che non ha alcuna copertura assicurativa in caso di malattia sottoscritta con (a) una compagnia di assicurazione terza, (b) un piano ERISA, (c) un programma di assistenza sanitaria federale (compresi, ma non in via limitativa, Medicare, Medicaid, SCHIP e TRICARE), (d) una indennità collegata al lavoro, un conto Medical Savings o altra copertura per pagare in toto o in parte le fatture per cure mediche, compresi risarcimenti contro terzi coperti da assicurazione ai quali una entità SMC è surrogata, ma solo se il pagamento è effettivamente fatto da tale compagnia assicurativa.

Famiglia – Sulla base della definizione usata dell'ufficio del censimento statunitense, si intende un gruppo di due o più persone che abitano insieme e che sono imparentate tra loro per nascita, matrimonio o adozione. Secondo le norme dell'IRS (Ufficio delle Imposte statunitense) se il paziente dichiara qualcuno come persona a suo carico nella propria dichiarazione dei redditi, allora queste persone potranno essere considerate a carico ai fini dell'assegnazione di un'assistenza finanziaria.

Reddito familiare – Il reddito familiare si determina usando la definizione usata dell'ufficio del censimento, che utilizza il seguente reddito quando deve calcolare le linee guida federali sulla povertà:

- Include guadagni, indennità di disoccupazione, indennità da lavoro, previdenza, redditi supplementari di sicurezza, assistenza pubblica, assegni per i veterani, reversibilità del coniuge, reddito da pensione, interessi, dividendi, canoni di locazione, royalty, redditi da beni immobili, trust, assistenza per l'istruzione, alimenti divorzili dal coniuge, assegno di mantenimento per i figli, assistenza al di fuori del nucleo familiare e altre fonti varie.
- Indennità non in contanti (come buoni alimentari e sussidi per la casa) non contano;
- Determinato al lordo delle imposte;
- Esclude plusvalenze o perdite; e
- Esclude i redditi delle persone non imparentate, per esempio coinquilini che risiedono nella stessa casa.

Beni – Si intendono contanti disponibili o altro bene materiale che può essere liquidato per ottenere contanti, solitamente entro 30 giorni. Contanti e conti correnti, risparmio pensionistico individuale (IRA), piano 401K, azioni, obbligazioni a breve termine saranno considerati beni liquidi. Certificati di deposito, fondi del mercato monetario, obbligazioni, fondi comuni e valore contante di una assicurazione sulla vita sono esempi di investimenti che possono fornire contanti rapidamente in caso di necessità. I beni materiali possono anche includere beni immobili, come macchinari, edifici, terreni e magazzini. I beni posseduti in condivisione con altre persone possono essere considerati liquidi a seconda del tipo di bene e di titolo di proprietà. Ai fini di ottenere l'assistenza finanziaria, la residenza principale del richiedente non sarà considerata come un bene liquidabile.

Reddito da lavoro indipendente – Definito come l'importo residuo al netto delle spese di esercizio. Per stabilire l'idoneità, è necessario presentare un modulo recante il reddito mensile personale e l'indicazione delle spese mensili, nonché la dichiarazione dei redditi del trimestre precedente.

Condizioni mediche di emergenza – Definita come una condizione che si manifesta con sintomi acuti sufficientemente gravi (come il dolore molto forte) da fare sì che l'assenza di cure mediche immediate potrebbe ragionevolmente mettere a grave rischio la vita stessa della persona (o la salute di un feto), o potrebbe causare un danno grave alle funzioni corporee o una grave disfunzione di uno qualsiasi degli organi.

Necessario dal punto di vista medico – Definito da Medicare come servizi o cure ragionevoli e necessarie per la diagnosi o il trattamento di una malattia o lesione.

Cure caritatevoli gratuite presunte – La decisione che un paziente sia presunto idoneo alle cure caritatevoli in base ai criteri di selezione di carattere finanziario e cronologico.

Cure caritatevoli - Cure caritatevoli significa la possibilità di ricevere "cure mediche gratuite". I pazienti che non sono assicurati per ricevere le cure ritenute necessarie dal punto di vista medico, che non rispondono ai criteri previsti per accedere alle coperture assicurative governative o di altro tipo e che hanno redditi familiari che non superano il 200% del livello federale di povertà, potranno ricevere "cure mediche gratuite".

Assistenza finanziaria – Assistenza finanziaria significa che i pazienti non assicurati per una data prestazione o che non sono ritenuti idonei a ricevere la copertura governativa o assicurativa di altro tipo, e che hanno redditi familiari superiori al 200% ma che non superano il 300% del livello

federale di povertà, possono accedere all'assistenza finanziaria sottoforma di rimborsi Medicare degli importi generalmente fatturati (AGB).

Ammissibilità – Qualsiasi persona che non disponga di un'assicurazione e che non sia in grado di pagare in toto o in parte le fatture dell'SMC per le prestazioni mediche erogate dall'SMC può essere ammesso alle cure caritatevoli gratuite e ricevere assistenza finanziaria. I pazienti sottoposti a cure elettive di chirurgia plastica o cosmetica non sono ammessi. Si riconosce che esiste una piccola percentuale di pazienti non assicurati che hanno però molti beni e che quindi sono in grado di pagare le cure mediche ricevute. Queste persone possono avere un reddito esentato dalle imposte o altri beni non dichiarati nella dichiarazione dei redditi. Questa politica non ha lo scopo di fornire cure mediche gratuite o alle tariffe riportate nel listino prezzi *Medicare Fee Schedule* a questa porzione di popolazione di pazienti non assicurati. Questi possono, tuttavia, avere accesso allo sconto *Self Pay* (sconto per i pazienti paganti) descritto in dettaglio nella sezione intitolata Partecipazione di questa politica.

Importo generalmente fatturato - (AGB – *Amount Generally Billed*): Ai sensi del codice di servizio 501 (R) (5) dell'IRS, in caso di emergenza o di altra esigenza medica necessaria, ai pazienti ammessi al FAP non saranno fatturati importi superiori a quelli che sarebbero addebitati a un individuo che dispone di una copertura assicurativa per coprire tale cura.

AGB

Ai sensi del codice 501 (R) (5) dell'IRS, SMC utilizza il Metodo *Look-Back* per calcolare l'AGB. La % di AGB è calcolata annualmente ed è basata su tutte le richieste di pagamento permesse da *Medicare Free-For-Service* (gratuite) + quelle di tutte le assicurazioni mediche private su un periodo di 12 mesi, divise per gli oneri lordi associati a tali richieste. La % di AGB applicabile viene applicata agli oneri lordi per determinare l'AGB.

La percentuale di AGB calcolata, così come la descrizione allegata dei calcoli, sono disponibili su richiesta e gratuitamente chiamando l'ufficio di consulenza finanziaria al numero (609)653-3717, e poi premendo il tasto 1.

A qualsiasi persona ammessa a ricevere assistenza finanziaria ai sensi di questo FAP non saranno addebitati importi superiori all'AGB per qualsiasi tipo di emergenza medica o altra esigenza medica necessaria.

A qualsiasi persona ammessa al FAP sarà addebitato sempre l'importo AGB più basso o qualsiasi sconto previsto ai sensi di questa politica.

Procedura:

AMMISSIBILITÀ ALL'OTTENIMENTO DELL'ASSISTENZA FINANZIARIA

- Per avviare il processo di concessione dell'assistenza finanziaria, il paziente o la persona responsabile del paziente deve compilare la "Richiesta di assistenza finanziaria" e fornire tutta la documentazione e le informazioni necessarie per dimostrare la sua situazione finanziaria.
- La concessione dell'assistenza finanziaria sarà decisa in base all'accertamento delle esigenze finanziarie, e non dovrà tenere conto di fattori come età, genere, razza o stato d'immigrazione, orientamento sessuale, o credo religioso.
- I richiedenti devono cooperare pienamente e superare tutte le verifiche condotte sul reddito e i beni da prendere in considerazione.
- Ai fini dell'ottenimento dell'assistenza finanziaria, le cure mediche del richiedente devono essere necessarie dal punto di vista medico. Cure mediche esclusivamente per fini cosmetici, e cure o procedure considerate elettive non saranno prese in considerazione.
- I conti di un richiedente oggetto di procedimento legale non saranno presi in considerazione. Tuttavia, prima dell'inizio del procedimento legale, le agenzie di riscossione esterne informeranno l'ospedale su qualsiasi conto che potrebbe ottenere assistenza finanziaria o conti per cui il paziente/garante ha richiesto assistenza finanziaria.
- Aggiustamenti all'assistenza finanziaria saranno effettuati sui conti qualificanti prima di informare un'agenzia di riscossione esterna. L'assistenza potrebbe assumere la forma di cura per indigente o caritatevole.
- Poiché l'ospedale compie tutti gli sforzi possibili per informare i pazienti sul programma di assistenza finanziaria durante le procedure di registrazione e fatturazione, la riscossione eccessiva (come le controversie definite dall'IRS) non coinvolgeranno un conto laddove il paziente non sia stato informato dell'opportunità di richiedere assistenza finanziaria.
- Qualora vi siano informazioni adeguate fornite dal paziente o attraverso altre fonti, che forniscono prove sufficienti, il paziente sarà considerato ammesso a ricevere cure caritatevoli. Qualora non vi siano prove sufficienti a sostegno dell'ammissibilità del paziente alle cure caritatevoli, lo Shore Medical Center può avvalersi di altre agenzie per stabilire i redditi stimati del paziente al fine di determinare la sua ammissibilità alle cure caritatevoli o a beneficiare dei potenziali sconti tariffari. L'assistenza finanziaria presunta sarà stabilita prima dell'avvio di qualsiasi attività di riscossione esterna. I seguenti tipi di conti possono essere ammessi a ricevere assistenza finanziaria senza documentazione ai sensi del Programma di presunta necessità di cure caritatevoli (*Presumptive Charity Program*) (1) conti segnalati alle agenzie di riscossione e dichiarati inesigibili, (2) fallimenti, (3) segnalazioni da agenzie di comunità approvate, (4) nessun testamento (defunto).

DETERMINAZIONE DELLE ESIGENZE FINANZARIE

- L'esigenza finanziaria sarà determinata attraverso una valutazione individuale, che potrebbe includere:
 - Una richiesta di assistenza finanziaria compilata, nella quale al richiedente viene chiesto di collaborare e fornire la documentazione necessaria per effettuare la determinazione di esigenza finanziaria.
 - Uso di risorse esterne per aiutare a stabilire la capacità di pagare del richiedente e il valore dei suoi beni. I beni non materiali come conti bancari, obbligazioni, ecc. saranno usati per determinare la capacità di pagare, mentre i beni materiali come proprietà immobiliari, automobili, ecc. saranno usati per aiutare a stabilire i rapporti di debito.
 - Uno sforzo ragionevole da parte di Shore Medical Center per esaminare e assistere i pazienti nella presentazione della richiesta di fonti alternative di pagamento e copertura da programmi di pagamento pubblici e privati.
 - Uso di un modello analitico dei dati per identificare i pazienti che possono essere usati per ricevere assistenza finanziaria ma che non hanno richiesto questa forma di assistenza.
- Valutazioni sull'assistenza finanziaria saranno fatte tempestivamente, entro 15 giorni lavorativi dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta. Se tutta la documentazione richiesta è stata fornita durante un colloquio con un consulente finanziario, già in quella occasione il richiedente può essere informato sulla decisione presa. La decisione sarà poi spedita per iscritto al richiedente entro 15 giorni lavorativi.
- Le cure mediche non urgenti e altre procedure programmate non urgenti non saranno considerate come rientranti nell'esigenza finanziaria.
- La necessità di assistenza finanziaria può essere nuovamente esaminata in qualsiasi momento, non appena emergano nuove informazioni che potrebbero essere rilevanti ai fini dell'ottenimento dell'ammissibilità. Le richieste sono valide solo per un periodo di 90 giorni.
- Gli aggiustamenti dei conti di assistenza finanziaria fatti prima che i pagamenti siano stati ricevuti dalle compagnie assicurative, Medicare, Medicaid, portatori di responsabilità civile, o composizioni giudiziarie, saranno revocati. Questa situazione potrebbe verificarsi qualora l'ospedale non sia consapevole dell'esistenza di altri pagatori o qualora la copertura sia applicata in modo retroattivo.
- Una verifica sul credito potrebbe essere eseguita per i richiedenti e i famigliari per aiutare a stabilire la situazione finanziaria complessiva e il valore dei beni. Il rapporto sul credito può essere usato unicamente nella determinazione dell'ammissibilità alle cure caritatevoli quando la richiesta di assistenza finanziaria non può essere ottenuta. Se il rapporto sul credito del richiedente indica che il reddito del nucleo familiare fornito dal richiedente non è realistico, l'assistenza finanziaria può essere negata.
- Il valore dei beni e il reddito familiare saranno sommati per ottenere il reddito totale lordo. Il reddito totale lordo sarà confrontato con la scala progressiva di riferimento usata per le Linee guida federali sulla povertà, e gli sconti saranno applicati di conseguenza.

Programma di assistenza al pagamento delle cure mediche dell'ospedale del New Jersey **("Charity Care")**

Charity Care è il nome del programma del New Jersey attraverso il quale vengono erogate cure mediche gratuite o scontate ai pazienti sottoposti a cure ambulatoriali o durante il ricovero presso ospedali che forniscono cure intensive ai pazienti acuti nello Stato del New Jersey. L'assistenza ospedaliera e lo sconto sui costi delle cure mediche sono disponibili solo per le urgenze o per altre cure strettamente necessarie dal punto di vista medico.

I pazienti che potrebbero essere ammessi al programma Charity Care devono essere residenti del New Jersey e:

- 1) devono essere sprovvisti di copertura assicurativa sanitaria o avere una copertura assicurativa che copre solo parte delle spese ospedaliere (pazienti non assicurati o assicurati in modo insufficiente);
- 2) non possono accedere a programmi di copertura assicurativa sostenuti dal governo o da enti privati (come Medicaid), e
- 3) soddisfano i seguenti criteri di ammissibilità per reddito e beni posseduti.

Criteri di ammissibilità in base al reddito

I pazienti con un reddito familiare lordo inferiore o pari al 200% del livello di povertà federale ("FPL") possono ottenere la copertura "Charity Care" al 100%.

I pazienti con un reddito familiare lordo superiore al 200% ma inferiore o pari al 300% del FPL possono ottenere uno sconto sulle spese mediche.

Criteri di ammissibilità in base ai beni

"Charity Care" include soglie di ammissibilità in base ai beni che stabiliscono che i beni di una persona non possono superare \$7.500 e i beni della famiglia non possono superare \$15.000 alla data di erogazione della prestazione medica.

Criteri di ammissibilità in base alla residenza

Il programma "Charity Care" può essere messo a disposizione dei non residenti nello Stato del New Jersey che richiedono cure mediche immediate in urgenza.

Le linee guida di ammissibilità del programma "Charity Care" sono stabilite dallo Stato del New Jersey e informazioni aggiuntive possono essere consultate sul sito web:

http://www.state.nj.us/health/charitycare/documents/charitycare_factsheet_en.pdf

Legge del 2008, C.60, sull'applicabilità di uno sconto ai cittadini privi di assicurazione medica nel New Jersey ("Sconto ai cittadini privi di assicurazione medica")

Lo sconto ai cittadini privi di assicurazione medica nel New Jersey è disponibile per i pazienti non assicurati con reddito familiare lordo inferiore al 500% del FPL e che quindi ai sensi di questo

programma possono ottenere uno sconto sulle spese mediche. Le persone ammesse al programma devono essere residenti nello Stato del New Jersey.

Linee guida per l'assistenza finanziaria

Lo Shore Medical Center si avvale delle Linee guida federali sulla povertà (FPG) in vigore al momento in cui una richiesta viene compilata e presentata per stabilire l'ammissibilità al programma di assistenza finanziaria. I criteri sono stati stabiliti come segue:

- Redditi famigliari pari o inferiori al 200% dell'FPG hanno diritto a ricevere cure mediche gratuite. Questa tipologia è classificata come cure per gli indigenti.
- Redditi famigliari che superano il 200% dell'FPG, ma sono pari o inferiori al 300% dell'FPG hanno diritto a ricevere uno sconto in base a una scala di calcolo progressiva. Questa tipologia è classificata come cure caritatevoli.
- Le persone che non sono assicurate o che sono assicurate in modo insufficiente e non soddisfano i criteri di ammissibilità per beneficiare dei programmi statali, federali o locali potranno avvalersi di uno sconto sulle spese ospedaliere. L'accesso al programma SMC permetterà di ottenere uno sconto dell'80% sulle spese lorde associate alle cure fornite. Questa riduzione corrisponde solitamente a un importo inferiore a quello che generalmente viene fatturato a coloro che hanno una copertura assicurativa basata sull'esame del rapporto tra gli oneri lordi e i pagamenti per le cure erogate da persone assicurate.

Base per il calcolo degli importi addebitati

Quanto segue illustra la base utilizzata per calcolare l'importo addebitato alle persone ammesse al FAP per ottenere assistenza finanziaria totale o parziale ai sensi di questa politica.

Cure caritatevoli

Se un paziente è ammesso al programma "Charity Care", le spese vive del paziente saranno determinate applicando il tariffario usato dal Dipartimento della Salute del New Jersey (si veda sotto).

Reddito come percentuale delle linee guida sul reddito di povertà HHS	Percentuale di spese a carico del paziente
Inferiore o pari al 200%	0%
Superiore al 200% ma inferiore o pari al 225%	20%
Superiore al 225% ma inferiore o pari al 250%	40%
Superiore al 250% ma inferiore o pari al 275%	60%
Superiore al 275% ma inferiore o pari al 300%	80%
Superiore al 300%	Possibilità di applicare lo sconto ai non assicurati

Se i pazienti sulla scala progressiva dal 20% all'80% devono farsi carico delle spese mediche vive qualificate pagate che superano il 30% del loro reddito annuale lordo (per es.: fatture non pagate da altri enti), allora l'importo che supera il 30% viene considerato sostegno al pagamento delle cure ospedaliere.

Sconto ai non assicurati

Ai sensi del P.L. 89-97 (42.U.S.C.s.1395 e successivi) alle persone ammesse sarà addebitato un importo che rappresenta il valore minore del 115% del pagamento applicabile ai sensi dei programmi federali Medicare o AGB (come indicato sotto) per le prestazioni sanitarie rese al paziente.

PROCEDURE DI NON PAGAMENTO (relativo all'aggiustamento di un conto parziale o al saldo restante dopo il pagamento effettuato dall'assicurazione)

I conti di pazienti per i quali non è stata identificata una copertura assicurativa, seguiranno un percorso predefinito di riscossione mediante auto-pagamento. Qualsiasi importo insoluto che non è in fase di elaborazione per il suo pagamento dopo un periodo definito di 120 giorni di auto-pagamento sarà comunicato a un'apposita agenzia incaricata della riscossione. Il conto rimarrà sotto il controllo dell'agenzia di riscossione per 180 giorni. Successivamente, se non sono stati presi accordi per il pagamento dell'importo insoluto, il conto sarà trasferito a un'altra agenzia di riscossione terza. A questo punto l'importo insoluto sarà comunicato all'agenzia di recupero crediti, e con questa dicitura comparirà nel rapporto sul credito del conto del garante.

PROCEDURA DI RICORSO IN CASO DI RIFIUTO DI ASSISTENZA FINANZIARIA

Il richiedente può fare ricorso contro la decisione negativa di assistenza finanziaria entro 15 giorni dal ricevimento dell'avviso di rifiuto. Il ricorso deve essere presentato in forma scritta, mediante lettera o email e indirizzato al Business Office dello Shore Medical Center.

I ricorsi scritti devono essere indirizzati a:

Shore Medical Center
Attention: Billing Office Manager
100 Medical Center Way
Somers Point, NJ 08244

I ricorsi inviati tramite email devono essere inviati all'indirizzo: jboehler@shoremedicalcenter.org

Il Responsabile della fatturazione (Billing Office Manager) risponderà al ricorso entro 10 giorni lavorativi.

COMUNICAZIONE DEL PROGRAMMA DI ASSISTENZA FINANZIARIA

Lo Shore Medical Center diffonde le informazioni sul programma di assistenza finanziaria ai pazienti, pubblicandole e distribuendole nelle aree di accettazione dei pazienti, e in altre aree pubbliche in tutti gli ospedali, le stampa sulle fatture dei pazienti e le pubblica sul suo sito web. Le informazioni pubblicate sono in inglese e in spagnolo e sono disponibili sul sito web o su richiesta con le seguenti modalità:

- Chiedendo nell'area di accettazione dell'ospedale o all'ufficio di consulenza finanziaria
- Chiamando il numero di telefono 609-653-3717, e poi premendo 1.
- Mandando una email all'ufficio di consulenza finanziaria all'indirizzo:
FinancialCounseling@ShoreMedicalCenter.org

Il nostro team di consulenza finanziaria è disponibile dal lunedì al venerdì dalle 08:00 alle 16:30, con o senza appuntamento, per tenere i colloqui con i richiedenti e ricevere le richieste di assistenza finanziaria.

Titolo della politica: Politica sull'assistenza finanziaria

Direttore/Direttore Amministrativo:



Nome: Michael J. Smith
Titolo: Direttore amministrativo delle entrate