

POLITICA DI ASSISTENZA FINANZIARIA

AMITA HEALTH

SCOPO

Lo scopo di questa politica è quello di specificare i requisiti a cui AMITA Health System si attiene per fornire assistenza finanziaria.

POLITICA

La politica delle organizzazioni elencate in questo paragrafo (denominate ciascuna "Organizzazione") è quella di garantire una prassi socialmente corretta per fornire cure di emergenza e assistenza sanitaria in genere presso le strutture dell'organizzazione. Questa politica è stata creata appositamente per determinare l'idoneità all'assistenza finanziaria da parte dei pazienti che la necessitano e che la ricevono dall'Organizzazione.

Questa politica si applica a ciascuna delle seguenti organizzazioni di AMITA Health:

Alexian Brothers Behavioral Health Hospital
Alexian Brothers Medical Center - Elk Grove
Holy Family Medical Center – Des Plaines
Mercy Medical Center - Aurora
Resurrection Medical Center
St. Francis Hospital - Evanston
Saint Joseph Hospital - Chicago
Saint Joseph Hospital - Elgin
Saint Joseph Medical Center - Joliet
Saints Mary and Elizabeth Medical Center
St. Alexius Medical Center - Hoffman Estates
St. Mary's Hospital - Kankakee
Studi medici dipendenti

- A. Tutte le forme di assistenza finanziaria fornite riflettono il nostro impegno e rispetto per la dignità umana di ogni persona e il bene comune, la nostra particolare attenzione e solidarietà nei confronti di persone indigeni e vulnerabili, nonché il nostro impegno a assicurare una buona amministrazione e una giustizia distributiva.
- B. Questa politica si applica a tutte le cure di emergenza e alle altre cure mediche necessarie erogate dall'organizzazione, inclusi i servizi di medici dipendenti e quelli relativi ai disturbi comportamentali. Questa politica non si applica a spese mediche non urgenti e non necessarie dal punto di vista sanitario.
- C. La lista dei fornitori coperti dalla politica di assistenza finanziaria fornisce e elenca i fornitori che prestano cure nell'ambito delle strutture dell'organizzazione, specificando quali sono coperte o meno dalla politica di assistenza finanziaria.

DEFINIZIONI

Definizioni specifiche della politica

- A. **"501(r)"** si riferisce alla Sezione 501(r) dell'Internal Revenue Code e dei relativi regolamenti promulgati.
- B. **"l'importo generalmente fatturato" o "AGB"**, riferito agli interventi d'emergenza o ad altre cure sanitarie essenziali, equivale all'importo totale fatturato alle persone che hanno un'assicurazione che copre tali cure.
- C. Per **"Comunità"** si intende lo Stato dell'Illinois. Ai fini di questa politica, "Vivere nella comunità" significa essere un residente nell'Illinois, ossia essere una persona che si è stabilita nell'Illinois con l'intenzione di rimanerci a vivere permanentemente, diversamente da chi si è trasferito qui al solo scopo di ottenere benefici sanitari. Un paziente viene considerato membro della Comunità dell'Organizzazione se l'intervento e le cure sanitarie essenziali di cui necessita sono la continuità di cure urgenti e mediche essenziali ricevute presso un'altra struttura sanitaria AMITA Health in cui il paziente è considerato idoneo a ricevere tali cure.
- D. Per **"intervento di emergenza"** si intende il trattamento di una condizione sanitaria che si manifesta con sintomi acuti o sufficientemente gravi (compresi forti dolori) e il cui mancato intervento immediato potrebbe causare una grave invalidità fisica, una grave disfunzione a un qualsiasi organo o parte del corpo oppure mettere a serio rischio la vita del paziente.
- E. Le **"cure sanitarie essenziali"** includono cure: (1) appropriate, coerenti ed essenziali per la prevenzione, la diagnosi o il trattamento della condizione di un paziente; (2) la fornitura di cure o il livello di servizio più appropriati per le condizioni del paziente che possano essere fornite in sicurezza; (3) non fornite soprattutto per la comodità del paziente, della Sua famiglia, del medico o di chi presta le cure; e (4) più probabilmente tali da apportare benefici ai pazienti anziché danni. Il tipo di cura e l'ora della prestazione dovranno essere approvati dal Direttore Sanitario dell'Organizzazione (o da un suo rappresentante) per "le cure sanitarie essenziali" programmate in tempi successivi. L'essenzialità di una cura dovrà essere determinata dal fornitore approvato che occupa del paziente e, a discrezione dell'Organizzazione, dal medico responsabile del ricovero, dal medico refertatore e/o dal Direttore Sanitario o da altro medico revisore (a seconda del tipo di cura consigliata). Qualora il medico esaminatore ritenga che le cure richieste da un paziente oggetto della presente politica non siano necessarie, tale decisione dovrà essere confermata anche dal medico che autorizza il ricovero o dal medico refertatore.
- F. Per **"Organizzazione"** si intende AMITA Health e gli enti inclusi in questa politica di assistenza finanziaria come indicato oltre nella Sezione II.
- G. Per **"Paziente"** si intende la persona sottoposta a interventi urgenti e altre cure sanitarie essenziali presso l'organizzazione e dalla persona finanziariamente responsabile della cura del paziente.
- H. Per **"Punteggio presunto"** si intende l'utilizzo di fonti di informazioni di terzi - che possono includere registri pubblici o altri mezzi ragionevoli ed obiettivi - utilizzate per determinare il diritto del paziente all'assistenza finanziaria.
- I. Per **"Paziente non assicurato"** si intende un paziente che non dispone di alcuna polizza di assicurazione sanitaria e che non è beneficiario di un'assicurazione sanitaria pubblica o privata o di altre coperture sanitarie, rimborso del datore di lavoro, assicurazione di responsabilità per incidenti o altre assicurazioni contro terzi.

PROCEDURE RICHIESTE

A. L'assistenza finanziaria descritta nella presente sezione si limita ai pazienti che vivono nella comunità:

1. I pazienti con reddito inferiore o pari al 250% della soglia di povertà federale ("FPL") avranno diritto a uno sconto del 100% sulla parte delle spese per cui il paziente è responsabile a seguito dell'eventuale pagamento da parte di un assicuratore, se è stato stabilito che tale paziente è idoneo in base al punteggio presuntivo (descritto nel Paragrafo 5 di seguito) o se lo stesso presenta una richiesta di assistenza finanziaria (una "Domanda") il o prima del 240esimo giorno successivo all'emissione della prima fattura di dimissione del paziente e la domanda è stata approvata dall'organizzazione. Il paziente avrà diritto a un'assistenza finanziaria fino al 100% se lo stesso presenta la domanda dopo il 240° giorno successivo all'emissione della prima fattura di dimissione del paziente. Tuttavia, l'importo dell'assistenza finanziaria spettante a un paziente di questa categoria si limita al saldo non pagato dal paziente, dopo la detrazione di eventuali somme corrisposte a suo nome. Ai paziente idonei a questa categoria di assistenza finanziaria non sarà addebitato un importo superiore ai costi AGB calcolati.
2. Fatte salve le altre disposizioni della presente Politica di assistenza finanziaria, i pazienti non assicurati con redditi superiori al 250% dell'FPL ma non superiori al 600%, otterranno uno sconto decrescente sulla parte di spesa per i servizi forniti. I pazienti con assicurazione e con un reddito superiore al 250% dell'FPL ma pari o inferiore al 400%, riceveranno uno sconto decrescente sulla parte di spese per i servizi ottenuti E PER quali il paziente è responsabile come da dichiarazione dei benefit del piano assicurativo. Tali sconti si applicano al paziente solo se ha presentato la richiesta entro il 240° giorno successivo alla sua prima fattura di dimissione e se la richiesta è stata approvata dall'Organizzazione. Il paziente avrà diritto all'assistenza finanziaria con sconti decrescenti purché presenti la richiesta dopo il 240° giorno successivo all'emissione della prima fattura di dimissione. Tuttavia, l'importo dell'assistenza finanziaria per i pazienti di questa categoria sarà limitato al saldo non corrisposto dal paziente dopo la detrazione di eventuali importi corrisposti per suo conto. Ai paziente idonei a questa categoria di assistenza finanziaria non sarà addebitato un importo superiore ai costi AGB calcolati.

Lo sconto decrescente viene calcolato come illustrato di seguito. (FPL – Soglia di povertà federale)

Sconto decrescente per pazienti non assicurati	%
0% - 250% FPL	100%
251% - 300% FPL	95%
301% - 400% FPL	90%
401% - 600% FPL	85%

Sconto decrescente per pazienti assicurati	%
0% - 250% FPL	100%
251% - 300% FPL	95%
301% - 400% FPL	90%

3. Fatte salve le altre disposizioni della presente Politica di assistenza finanziaria, un paziente con un reddito superiore al 600% (per i non assicurati) e al 400% (per gli assicurati) dell'FPL ha diritto all'assistenza finanziaria a seguito di una "verifica dei mezzi". In altre parole, potrebbe aver diritto a sconti per i servizi forniti dall'Organizzazione a seconda della cifra pendente che il paziente deve all'Organizzazione stessa. Un paziente ha diritto all'assistenza finanziaria in base alla verifica dei mezzi se il suo "debito medico totale" è eccessivo. Tale debito medico comprenderà anche quanto dovuto a fornitori di assistenza sanitaria riconducibili ad AMITA

Health e a qualsiasi altro fornitore di assistenza sanitaria, per cure di emergenza e altre cure sanitarie essenziali, che risultino pari o superiori al reddito lordo del suo nucleo familiare. Il livello di assistenza finanziaria fornito a seguito della verifica dei mezzi è lo stesso concesso a un paziente con reddito pari al 600% (non assicurato) e al 400% (assicurato) dell'FPL, ai sensi del precedente paragrafo 2, se tale paziente presenta la richiesta il o prima del 240° giorno successivo dall'emissione della sua prima fattura di dimissione e a condizione che tale richiesta sia stata approvata dall'Organizzazione. Il paziente ha diritto a una verifica dei mezzi con sconti decrescenti se presenta la richiesta dopo il 240° giorno successivo all'emissione della prima fattura di dimissione. Tuttavia, l'importo dell'assistenza finanziaria per i pazienti di questa categoria sarà pari solo al saldo non corrisposto dal paziente, previa deduzione di eventuale somme corrisposte per suo conto. Ai paziente idonei a questa categoria di assistenza finanziaria non sarà addebitato un importo superiore ai costi AGB calcolati. Inoltre, per i pazienti non assicurati che beneficiano di uno sconto decrescente di cui al paragrafo 2, gli incassi dovranno essere ulteriormente limitati al 20% del reddito familiare del paziente per un periodo di 12 mesi.

4. Un paziente potrebbe non avere diritto all'assistenza finanziaria descritta nei paragrafi da 1 a 3 di cui sopra, se si ritiene, sulla base di un verifica patrimoniale, che disponga di risorse sufficienti per fare fronte alle spese. La valutazione patrimoniale consiste in una valutazione sostanziale della capacità di pagamento di un paziente in base alle categorie di attività misurate nella richiesta FAP. Un paziente i cui beni superano il 600% del suo importo FPL potrebbe non avere diritto all'assistenza finanziaria.
5. L'idoneità all'assistenza finanziaria può essere determinata in qualsiasi momento del ciclo delle entrate e può includere l'uso di un punteggio presuntivo per i pazienti con un saldo insoluto sufficiente entro i primi 240 giorni successivi all'emissione della loro prima fattura di dimissione. Tale punteggio ha lo scopo di determinare l'idoneità ad un'eventuale assistenza pro-bono al 100%, anche nel caso in cui i pazienti non abbiano compilato la richiesta di assistenza finanziaria ("richiesta FAP"). La determinazione dell'idoneità sulla base del punteggio di probabilità si applica solamente alle cure per cui viene calcolato il punteggio di probabilità.

I pazienti che dimostrano di possedere uno o più dei seguenti criteri saranno ritenuti presumibilmente idonei a ricevere assistenza pro-bono al 100%: senz'altro, deceduti senza patrimonio, mentalmente disabili senza tutori, pazienti idonei a Medicare ma non alla data della prestazione del servizio o al servizio stesso, pazienti iscritti a Medicaid con uno stato diverso per il quale l'Organizzazione non intende porsi come tale o diventare fornitore, pazienti Medicaid che hanno superato la durata massima del soggiorno ospedaliero.

Le altre categorie richieste includono l'iscrizione ai seguenti programmi: Women, Infants and Children Nutrition Program (WIC); Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP); Illinois Free Lunch and Breakfast Program; Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP); Iscrizione a un programma organizzato organizzato dalla comunità che fornisca accesso a cure mediche finalizzate a valutare e documentare la conformità al criterio di basso reddito; Ricezione di sovvenzioni per servizi medici.

6. Se i pazienti aderiscono a determinati piani assicurativi di cui l'Organizzazione non fa parte, la stessa può ridurre o negare l'assistenza finanziaria che altrimenti spetterebbe loro sulla base di una revisione delle loro informazioni assicurative e di altri fatti e circostanze pertinenti.
7. Il paziente può presentare ricorso nel caso in cui l'idoneità all'assistenza finanziaria venga respinta, fornendo ulteriori informazioni all'Organizzazione entro quattordici (14) giorni dalla ricezione della comunicazione. La decisione finale in merito a tutti i ricorsi sarà presa dall'Organizzazione. Qualora la decisione finale confermi il precedente rifiuto all'assistenza finanziaria, verrà inviata una notifica scritta al paziente. La procedura per i pazienti e le famiglie per presentare ricorso contro le decisioni dell'Organizzazione in merito all'idoneità

all'assistenza finanziaria è la seguente:

- a. I ricorsi dovranno essere inizialmente inviati a Patient Financial Services per la revisione e il follow-up, se richiesto.
- b. Il comitato si incontrerà quindi una volta al mese per esaminare tutti i ricorsi. I membri del comitato includono generalmente rappresentanti di Patient Financial Services, Mission Integration, Case Management/Social Services e Finance/CFO.

I ricorsi saranno consegnati ai membri del comitato prima della riunione mensile.
- c. Alla riunione del comitato deve essere presente un rappresentante di Patient Financial Services allo scopo di esaminare ciascun caso e trasmettere eventuali informazioni aggiuntive fornite dal paziente.
- d. Il comitato esaminerà la domanda FAP del richiedente con particolare attenzione alle informazioni supplementari e ai punti espressi dal richiedente nella presentazione del ricorso.
- e. Il comitato può approvare, non approvare o discutere il ricorso. ad esempio nel caso in cui, durante la discussione, sia emersa la necessità di disporre di ulteriori informazioni.
- f. Patient Financial Services comunicherà per iscritto il risultato del ricorso al paziente o ai suoi familiari.

B. Ulteriore assistenza per i pazienti non idonei all'assistenza finanziaria

I pazienti non idonei all'assistenza finanziaria, come sopra descritto, possono tuttavia essere idonei ad altri tipi di assistenza offerti dall'Organizzazione. Per completezza, gli altri tipi di assistenza indicati qui, sebbene non basati sulle necessità e sebbene non siano intesi come soggetti al 501(r), sono inclusi per la convenienza della comunità servita dall'organizzazione.

1. I pazienti non assicurati non idonei all'assistenza finanziaria riceveranno uno sconto in base allo sconto offerto al pagatore che paga di più per tale organizzazione. La società che paga le somme più alte deve rappresentare almeno il 3% della popolazione dell'Organizzazione. Tale percentuale verrà calcolata in base al volume o alle entrate lorde dei pazienti. Qualora una sola società pagante non copre questo volume minimo, verrà calcolata una media tra più società paganti in modo che i termini di pagamento usati per il calcolo della media siano pari ad almeno il 3% del volume del business dell'Organizzazione per l'anno preso in esame.
2. I pazienti non assicurati e quelli assicurati che non sono idonei all'assistenza finanziaria possono ricevere uno sconto immediato. Lo sconto immediato può essere offerto in aggiunta allo sconto per i non assicurati descritto nel paragrafo immediatamente precedente.

C. Limitazioni sulle spese per pazienti idonei all'assistenza finanziaria

1. Ai pazienti idonei all'assistenza finanziaria non saranno addebitate spese superiori all'importo AGB per interventi urgenti e altre cure mediche essenziali, che non potranno comunque superare le spese lorde di tutte le altre cure sanitarie. L'Organizzazione calcola una o più percentuali AGB utilizzando il metodo "look-back", includendo le tariffe di Medicare e di tutti gli assicuratori sanitari privati che rimborsano i sinistri all'Organizzazione, in conformità con la Sezione 501 (r).
2. È possibile ottenere una copia gratuita della descrizione del calcolo AGB e delle percentuali consultando il sito Web dell'Organizzazione, chiamando il numero 888-693-2252, inviando un'e-mail all'indirizzo amitafinancialassistance@amitahealth.org o

scrivendo per posta ordinaria all'indirizzo:

AMITA Health PFS
AAttenzione: Dipartimento Assistenza Finanziaria
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

D. Come presentare domanda per assistenza finanziaria e altra assistenza

Un Paziente può avere diritto all'assistenza finanziaria grazie all'idoneità del punteggio di probabilità oppure presentando domanda FAP completa per l'assistenza finanziaria. L'applicazione FAP e le istruzioni per l'applicazione FAP sono disponibili sul sito web dell'organizzazione o chiamando il numero 888-693-2252, via e-mail all'indirizzo amitafinancialassistance@amitahealth.org, o per iscritto all'indirizzo:

AMITA Health PFS
AAttenzione: Dipartimento Assistenza Finanziaria
1000 Remington Boulevard, Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

L'organizzazione richiederà al non assicurato di lavorare con un consulente finanziario per richiedere Medicaid o altri programmi di assistenza pubblica per i quali il paziente è ritenuto potenzialmente idoneo per poter beneficiare dell'assistenza finanziaria (eccetto laddove idoneo e approvato tramite punteggio presuntivo). Un paziente può essere escluso dall'assistenza finanziaria se fornisce false informazioni in una domanda FAP o durante il processo di richiesta di idoneità mediante il punteggio di probabilità, se rifiuta di assegnare i proventi assicurativi o il diritto di essere rimborsato direttamente da una compagnia di assicurazione che potrebbe essere obbligata a pagare per le cure fornite, oppure se si rifiuta di collaborare con un consulente finanziario per l'iscrizione a Medicaid o ad altri programmi di assistenza pubblici che potrebbero dargli accesso a un'assistenza finanziaria (salvo se idoneo e approvato in base al punteggio di probabilità). Per valutare l'idoneità a un trattamento in corso, l'Organizzazione può prendere in considerazione una domanda FAP completata meno di sei mesi prima della data di determinazione dell'idoneità. L'Organizzazione non prenderà in considerazione domande FAP completate oltre sei mesi antecedenti la data di determinazione dell'idoneità.

E. Fatturazione e recupero crediti

Le misure che l'Organizzazione può adottare in caso di mancato pagamento sono illustrate in una Politica di fatturazione e recupero crediti a parte. Una copia gratuita della politica di fatturazione e riscossione può essere ottenuta sul sito Web dell'Organizzazione o chiamando il numero 888-693-2252, inviando un'e-mail all'indirizzo amitafinancialassistance@amitahealth.org o scrivendo per posta ordinaria all'indirizzo:

AMITA Health PFS
AAttenzione: Dipartimento Assistenza Finanziaria
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

F. Interpretazione

La presente Politica, unitamente a tutte le procedure applicabili, è conforme e deve essere interpretata e applicata in conformità con Sezione 501 (r), se non diversamente indicato.

RIFERIMENTI

- a. Politica amministrativa Ascension #600 – Assistenza finanziaria per le persone in difficoltà
- b. Modulo di richiesta di assistenza finanziaria
- c. Riepilogo semplificato della Politica di assistenza finanziaria
- d. Elenco dei fornitori oggetto dell'Elenco dei fornitori inclusi nella Politica di assistenza finanziariaa politica di assistenza finanziaria
- e. Importi generalmente fatturati