

<p style="text-align: center;">Ascension Saint Agnes Politica di sistema e manuale procedurale</p>	<p style="text-align: center;">Pagina 1 di 25</p>	<p style="text-align: center;">SYS FI 05</p>
<p>Oggetto:</p> <p style="text-align: center;">Ascension Saint Agnes Politica di assistenza finanziaria</p>	<p>Data di entrata in vigore: 2/05</p>	
	<p>Controllato: Modificato: 11/90, 1/91, 6/91, 4/98, 3/01, 3/03, 6/08, 9/09, 6/16, 7/17, 7/18, 7/19, 2/20, 6/20, 10/20, 1/21, 4/21, 7/21, 12/21, 03/22</p>	
<p>Approvazioni:</p> <p style="padding-left: 40px;">Finale - Presidente/AD: _____ Data: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">Assenso: _____ Data _____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Le politiche entrano in vigore 30 giorni dopo la firma dell'AD).</i></p>		

POLITICA/PRINCIPI

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 alle seguenti Organizzazioni di Ascension Saint Agnes:

Ascension Saint Agnes Hospital, Ascension Medical Group, Seton Imaging, Lab Outreach, Integrated Specialist Group, Radiologists Professional Services, Anesthesia Professional Services

1. 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 ad assicurare una buona amministrazione e una giustizia distributiva.
2. 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 alle spese mediche non urgenti e non necessarie dal punto di vista sanitario.
3. L'elenco dei fornitori che rientrano nella Politica di assistenza finanziaria (Financial Assistance Policy, FAP) include i fornitori che erogano assistenza all'interno delle strutture dell'Organizzazione e specifica quali sono coperti dalla politica di assistenza finanziaria e quali no.

AMBITO DI APPLICAZIONE

Questa politica si applica a ogni entità di Ascension Saint Agnes.

DEFINIZIONI

Ai fini di questa politica, valgono le seguenti definizioni:

- "501(r)" indica l'Articolo 501(r) del Codice tributario statunitense (Internal Revenue Code) e i

- regolamenti promulgati in relazione ad esso.
- **“Importo generalmente fatturato”** o **“AGB (Amount Generally Billed)”**, 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.
 - **“Comunità”** indica i pazienti che risiedono nelle aree territoriali identificate dai seguenti codici postali, compatibilmente con la Valutazione delle esigenze sanitarie della comunità (Community Health Needs Assessment, CHNA) dell'Organizzazione: Arbutus 21227, Brooklyn/Linthicum, 21225, Catonsville 21250, 21228, Curtis Bay 21226, Gwynn Oak 21207, South Baltimore City 21223, 21230, Southwest Baltimore City 21229, West Baltimore City 21215, 21216, 21217. Un Paziente verrà inoltre ritenuto un membro della Comunità dell'Organizzazione se richiede cure di emergenza e necessarie dal punto di vista medico che costituiscono un prosieguo delle cure di emergenza e delle cure necessarie dal punto di vista medico ricevute presso un'altra struttura Ascension Health in cui il Paziente è risultato idoneo all'assistenza finanziaria prestata per tali cure.
 - **“Cure di emergenza”** indica le cure rese necessarie per una condizione medica che si manifesta mediante sintomi acuti (tra cui dolore forte, disturbi psichiatrici e/o sintomi riconducibili all'abuso di sostanze) di gravità tale che l'assenza di assistenza medica immediata potrebbe ragionevolmente far prevedere:
 - a. Gravi rischi per la salute dell'individuo (o, nel caso di una donna incinta, per la salute della donna o del nascituro); o
 - b. Grave compromissione delle funzioni fisiche; o
 - c. Grave malfunzionamento di un organo o di una parte del corpo.
 - 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 nell'interesse 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. Affinché le cure future pianificate siano “cure necessarie dal punto di vista medico”, le cure e le relative tempistiche devono essere approvate dal direttore sanitario dell'Organizzazione (o dalla persona designata). La valutazione delle cure necessarie dal punto di vista medico deve essere effettuata da un fornitore abilitato che fornisce cure mediche al Paziente e, a discrezione dell'Organizzazione, dal medico che ha autorizzato il ricovero, dal medico referente e/o dal Direttore Sanitario o da un altro medico esaminatore (a seconda del tipo di cura consigliata). Qualora il medico esaminatore ritenesse 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 referente.
 - Con **“Organizzazione”** si intende Ascension Saint Agnes.
 - 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.

Assistenza finanziaria fornita

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

1. Fatte salve le altre disposizioni della presente Politica di assistenza finanziaria (“FAP”), il Paziente con reddito inferiore o pari al 250% del reddito considerato soglia di povertà federale (“FPL”), avrà diritto a un'esenzione del 100% sulla porzione di spesa per i servizi il cui pagamento è di competenza del paziente al netto del pagamento dell'assicuratore, se presenti, se il Paziente è risultato idoneo in virtù del punteggio di probabilità (descritto nel Paragrafo 7 seguente) o invia una domanda di assistenza finanziaria (“Domanda FAP”) entro il 240 giorno dalla prima fattura e la Domanda FAP è stata

approvata dall'Organizzazione¹. Avrà diritto a un'assistenza finanziaria fino al 100% il Paziente che invia la Domanda FAP successivamente al 240° giorno dopo la prima fattura successiva alle sue dimissioni, se l'ammontare dell'assistenza finanziaria disponibile per un Paziente di questa categoria è limitato al saldo non pagato del Paziente considerati gli eventuali pagamenti effettuati sul suo conto, e fatto salvo un eventuale rimborso previsto dalle leggi del Maryland e dalla sezione 3(b) della Politica di fatturazione e recupero crediti dell'Organizzazione.² A un Paziente idoneo a questa categoria di assistenza finanziaria non sarà addebitato un importo superiore alle spese meno il ricarico dell'ospedale o i costi AGB calcolati, se inferiori.

2. Fatte salve le disposizioni diverse della presente Politica di assistenza finanziaria, un Paziente con reddito superiore al 250% ma non al 400% dell'FPL che invia una Domanda FAP entro il 240° giorno dalla prima fattura e la cui Domanda è stata approvata dall'Organizzazione riceverà uno sconto calcolato in base alla scala mobile su quella porzione di spesa per servizi forniti il cui pagamento è di competenza del Paziente al netto del pagamento dell'assicuratore³. Avrà diritto all'assistenza finanziaria sotto forma di sconto calcolato in base alla scala mobile il Paziente che invia la Domanda FAP oltre il 240° giorno dalla prima fattura successiva alle sue dimissioni, se l'ammontare dell'assistenza finanziaria disponibile per un Paziente di questa categoria si limita al saldo non pagato del Paziente considerati gli eventuali pagamenti versati per suo conto. A un Paziente idoneo a questa categoria di assistenza finanziaria non sarà addebitato un importo superiore alle spese meno il ricarico dell'ospedale o i costi AGB calcolati, se inferiori. Lo sconto in base alla scala mobile viene calcolato come illustrato di seguito:

SCALA DI ASSISTENZA FINANZIARIA

Aggiornato al 1 febbraio 2022

¹ In conformità alla Sezione 19-214.1(b)(2)(i) del Codice del Maryland, il reddito del Paziente sarà calcolato al momento del servizio o sarà aggiornato, secondo il caso, per rendere conto dei cambiamenti nella situazione finanziaria del paziente che si verificano entro 240 giorni dalla presentazione della prima fattura dell'ospedale.

² Ai sensi della sezione 19-214.2(c)(1-3) del Codice del Maryland, se l'Organizzazione scopre che il Paziente aveva diritto alle cure gratuite in una data specifica del servizio (applicando gli standard di idoneità dell'Organizzazione in vigore alla data del servizio) e la specifica data non supera di due (2) anni dal momento di tale scoperta, il Paziente sarà rimborsato degli importi che l'Organizzazione ha ricevuto dallo stesso o dal proprio garante e che superano i venticinque dollari. Se il Paziente o il suo garante non comunicano le informazioni necessarie a determinare l'idoneità del Paziente alle cure gratuite e l'Organizzazione è in grado di documentare tale mancanza di collaborazione, il periodo di due (2) anni può essere ridotto a trenta (30) giorni a decorrere dalla data della richiesta iniziale delle informazioni del Paziente. Un Paziente iscritto a un piano sanitario del governo concesso in base al reddito e che prevede il pagamento diretto delle spese sanitarie da parte del Paziente, non riceverà rimborsi di importo tale da causargli la perdita dell'idoneità finanziaria alla copertura di tale piano sanitario.

³ Ai sensi della Sezione 19-214.1(b)(2)(ii) del Codice del Maryland, il reddito del Paziente sarà calcolato o aggiornato al momento del servizio, secondo il caso, per tenere conto dei cambiamenti nella situazione finanziaria del paziente che si verificano entro 240 giorni dalla presentazione della prima fattura dell'ospedale.

Solo per i servizi delle strutture ospedaliere (regolamentato)

Dimensione del nucleo familiare	Assistenza caritatevole				Programma di assistenza finanziaria					
	100%	a 200%	a 225%	a 250%	a 275%	a 300%	a 325%	a 350%	a 375%	a 400%
1	\$12.880	\$25.760	\$28.980	\$32.200	\$35.420	\$38.640	\$41.860	\$45.080	\$48.300	\$51.520
2	\$17.420	\$34.840	\$39.200	\$43.550	\$47.910	\$52.260	\$56.620	\$60.970	\$65.330	\$69.680
3	\$21.960	\$43.920	\$49.410	\$54.900	\$60.390	\$65.880	\$71.370	\$76.860	\$82.350	\$87.840
4	\$26.500	\$53.000	\$59.630	\$66.250	\$72.880	\$79.500	\$86.130	\$92.750	\$99.380	\$106.000
Sconto Saint Agnes	100%	100%	100%	100%	75%	50%	25%	15%	12%	11,5%

Per servizi professionali (deregolamentato)*

Dimensione del nucleo familiare	Assistenza caritatevole				Programma di assistenza finanziaria					
	100%	a 200%	a 225%	a 250%	a 275%	a 300%	a 325%	a 350%	a 375%	a 400%
1	\$12.880	\$25.760	\$28.980	\$32.200	\$35.420	\$38.640	\$41.860	\$45.080	\$48.300	\$51.520
2	\$17.420	\$34.840	\$39.200	\$43.550	\$47.910	\$52.260	\$56.620	\$60.970	\$65.330	\$69.680
3	\$21.960	\$43.920	\$49.410	\$54.900	\$60.390	\$65.880	\$71.370	\$76.860	\$82.350	\$87.840
4	\$26.500	\$53.000	\$59.630	\$66.250	\$72.880	\$79.500	\$86.130	\$92.750	\$99.380	\$106.000
Sconto Saint Agnes	100%	100%	100%	100%	90%	80%	70%	60%	55%	50,7%

*Sono inclusi i seguenti servizi:

Seton Imaging

Lab Outreach

Seton Medical Group

Ascension Medical Group

Saint Agnes Medical Group

Integrated Specialist Group

Radiologists Professional Services

Anesthesia Professional Services

3. Ferme restando le altre disposizioni della presente Politica di assistenza finanziaria, un Paziente con i) un reddito superiore al 400% ma non al 500% dell'FPL e ii) con un debito per servizi medici, ivi incluso il debito a favore di Ascension e qualsiasi altro fornitore di trattamenti sanitari, ovvero per cure di emergenza e altre cure necessarie, accumulato in un periodo di dodici (12) mesi e pari o superiore al 25% del reddito del proprio nucleo familiare avrà diritto all'assistenza finanziaria in base a quanto stabilito nel presente paragrafo. Il livello di assistenza finanziaria fornito sarà quello concesso a un paziente con reddito pari al 400% dell'FPL ai sensi del Paragrafo 2 precedente, se tale Paziente presenta una Domanda FAP entro il 240° dalla prima fattura successiva alle sue dimissioni e se la Domanda FAP è stata approvata dall'Organizzazione. Avrà diritto all'assistenza finanziaria il Paziente che inoltra la Domanda FAP oltre il 240° giorno dalla prima fattura successiva alle sue dimissioni, se l'ammontare dell'assistenza finanziaria disponibile per un Paziente di questa categoria è limitato al saldo non pagato del Paziente considerati gli eventuali pagamenti versati per suo conto. A un Paziente idoneo a questa categoria di assistenza finanziaria non sarà addebitato un importo superiore alle spese meno il ricarico dell'ospedale o i costi AGB calcolati, se inferiori.
4. Fatte salve le altre disposizioni della presente Politica di assistenza finanziaria, un Paziente con reddito superiore al 500% dell'FPL potrà aver diritto all'assistenza finanziaria nel quadro di una "Valutazione del reddito" e ricevere uno sconto sulle spese del Paziente per i servizi dell'Organizzazione in base al proprio debito totale per le spese mediche. Un paziente avrà diritto all'assistenza finanziaria ai sensi della Valutazione del reddito, se il Paziente vanta un debito per spese mediche totale eccessivo, che include un debito per spese mediche nei confronti di Ascension e di qualsiasi altro operatore sanitario, per cure di

emergenza e altre cure necessarie dal punto di vista medico, pari o superiore al reddito familiare lordo di tale Paziente. Il livello di assistenza finanziaria fornito ai sensi della Valutazione del reddito è pari a quello concesso a un paziente con reddito al 400% dell'FPL ai sensi del Paragrafo 2 precedente, a condizione che tale Paziente inoltri una Domanda FAP entro il 240° dalla prima fattura successiva alle sue dimissioni e che la Domanda FAP sia stata approvata dall'Organizzazione. Avrà diritto all'assistenza finanziaria con una riduzione basata sul reddito il Paziente che invia la Domanda FAP successivamente al 240° giorno dopo la prima fattura successiva alle sue dimissioni, se l'ammontare dell'assistenza finanziaria disponibile per un Paziente di questa categoria è limitato al saldo non pagato del Paziente considerati eventuali pagamenti versati per suo conto. A un Paziente idoneo a questa categoria di assistenza finanziaria non sarà addebitato un importo superiore alle spese meno il ricarico dell'ospedale o i costi AGB calcolati, se inferiori.

5. Un Paziente avrà diritto a un piano di pagamenti se il suo reddito è compreso tra il 200% e il 500% dell'FPL e fa richiesta di assistenza presentando una Domanda FAP.
6. La valutazione del reddito di un Paziente deve tenere conto delle dimensioni del nucleo familiare, costituito dal Paziente stesso e dai seguenti componenti: (1) il coniuge (a prescindere che Paziente e coniuge presentino una dichiarazione dei redditi statale o federale congiunta); (2) figli biologici, adottati o figliastri; e (3) qualunque persona per cui il Paziente dichiara un'esenzione fiscale nella dichiarazione dei redditi federale o statale. Se il Paziente è un minore, le dimensioni del nucleo familiare includeranno il minore e le seguenti persone: (1) genitori biologici, genitori adottivi, patrigno o matrigna o tutori, (2) fratelli biologici, adottivi o fratellastri; e (3) qualunque persona per cui i genitori o tutori del Paziente dichiarino un'esenzione fiscale nella dichiarazione dei redditi statale o federale.
7. Un Paziente potrebbe non avere diritto all'assistenza finanziaria descritta nei Paragrafi 1-4 precedenti se si ritiene che tale paziente disponga di risorse sufficienti per il pagamento in virtù di una "Valutazione patrimoniale"⁴. La Valutazione dei beni prevede una valutazione sostanziale della capacità del Paziente di effettuare il pagamento sulla base delle categorie di beni calcolate nella Domanda FAP. Un paziente i cui beni superano il 250% del suo importo FPL potrebbe non avere diritto all'assistenza finanziaria.
8. L'idoneità all'assistenza finanziaria può essere determinata in qualunque momento del ciclo del reddito, purché il Paziente resti idoneo per almeno dodici (12) mesi a decorrere dalla data di erogazione della prima cura, e può includere l'uso di un punteggio di probabilità per un Paziente con un saldo non pagato sufficiente entro i primi 240 giorni dalla prima fattura successiva alle dimissioni, per determinare se ha diritto a un'assistenza caritativa del 100% anche qualora non abbia compilato una Domanda FAP. Se al Paziente che non ha inviato una Domanda FAP completa viene concessa un'esenzione del 100% soltanto in base al suo punteggio di probabilità, l'importo dell'assistenza finanziaria cui il Paziente ha diritto è limitato al saldo non pagato del Paziente considerati eventuali pagamenti versati per suo conto. La determinazione dell'idoneità sulla base del punteggio di probabilità si applica solamente alle cure per cui viene calcolato il punteggio di probabilità.

⁴ Ai sensi del COMAR .26 (A-2)(8) e degli Statuti del Maryland, sezione 19-213-1(b)(8)(ii), sono esclusi dalla Valutazione patrimoniale i seguenti beni convertibili in denaro: (1) i primi \$10.000 di valori pecuniari; (2) un capitale "Safe harbor" di \$150.000 in una residenza primaria; (3) fondi pensione per cui l'Agenzia delle Entrate ha concesso un trattamento fiscale preferenziale come un conto pensione, inclusi a titolo esemplificativo e non esaustivo, piani di retribuzione differita qualificati ai sensi del Codice dell'Agenzia delle Entrate o piani di retribuzione differita non qualificati; (4) un motoveicolo utilizzato per il trasporto del Paziente o altri membri del suo nucleo familiare; (5) qualsiasi bene escluso dalla valutazione dell'idoneità finanziaria secondo il Programma di assistenza sanitaria ai sensi della Legge sulla Previdenza sociale; e (6) fondi prepagati per l'istruzione superiore su un conto del Programma Maryland 529. I valori pecuniari esclusi dalla determinazione dell'idoneità ai sensi della presente Politica di assistenza finanziaria devono essere adeguati annualmente per rispondere dell'inflazione, in conformità all'indice dei prezzi al consumo.

9. Per un paziente che partecipa a determinati piani assicurativi che considerano l'Organizzazione "fuori rete", l'Organizzazione potrebbe ridurre o negare l'assistenza finanziaria che sarebbe altrimenti resa disponibile al paziente sulla base di una verifica delle sue informazioni assicurative e di altri fatti e circostanze pertinenti.
10. Salvo se altrimenti idoneo a Medicaid o CHIP (Children's Health Insurance Program), il Paziente che risulta beneficiario / destinatario dei seguenti programmi di assistenza sociale basati sul reddito è ritenuto idoneo all'esenzione, purché inoltri una prova o l'iscrizione entro 30 giorni, a meno che il Paziente stesso o chi ne fa le veci non richiedano ulteriori 30 giorni:
- Nuclei familiari con bambini che partecipano al Programma per pasti gratuiti o a prezzo ridotto;
 - Programma di assistenza nutrizionale aggiuntiva [Supplemental Nutritional Assistance Program (SNAP)];
 - Programma di assistenza energetica per nuclei a basso reddito (Low-income household energy assistance Program);
 - Donne, neonati e bambini [Women, Infants and Children (WIC)];
 - Altri programmi di assistenza sociale in base al reddito che il Dipartimento della salute e dell'igiene mentale e l'HSCRC ritengano idonei alle cure ospedaliere gratuite.
11. Il paziente può presentare ricorso nel caso in cui il diritto all'assistenza finanziaria venga respinto, 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. Pazienti e famiglie possono presentare ricorso in merito a decisioni dell'Organizzazione relative all'idoneità per l'assistenza finanziaria come segue:
- Ai Pazienti sarà comunicata l'inidoneità all'assistenza finanziaria mediante lettera di rifiuto all'assistenza finanziaria dell'ospedale. I Pazienti o le famiglie possono presentare ricorso in merito all'idoneità all'assistenza finanziaria rivolgendosi per iscritto a: Patient Financial Services, 900 Caton Ave., Baltimore, Md. 21229.
 - Tutti i ricorsi saranno esaminati dal Comitato di ricorso dell'assistenza finanziaria e le decisioni del Comitato saranno inviate per iscritto al Paziente o alla famiglia che ha presentato ricorso.

Assistenza diversa per pazienti non aventi diritto all'Assistenza finanziaria (applicabile solo a servizi non ospedalieri)

I Pazienti non aventi diritto all'assistenza finanziaria, come descritto sopra, potrebbero 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.

- I Pazienti non assicurati e non aventi diritto all'assistenza finanziaria che usufruiscono dei servizi presso Seton Imaging, Lab Outreach o Professional Services riceveranno uno sconto in base alla riduzione praticata a coloro che pagano il massimo per tale Organizzazione. Il soggetto 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 un solo soggetto pagante non copre questo volume minimo, verrà calcolata una media tra più paganti in modo che i termini di pagamento usati per il calcolo della media siano pari ad almeno il 3% del volume dell'attività dell'Organizzazione per l'anno preso in esame.

Assistenza diversa per pazienti non aventi diritto all'Assistenza finanziaria (applicabile solo per servizi non ospedalieri)

I Pazienti non aventi diritto all'assistenza finanziaria, come descritto sopra, potrebbero 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 e non aventi diritto all'assistenza finanziaria che usufruiscono dei servizi presso Seton Imaging, Lab Outreach o Professional Services riceveranno uno sconto in base alla riduzione praticata a coloro che pagano il massimo per tale Organizzazione. Il soggetto 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 un solo soggetto pagante non copre questo volume minimo, verrà calcolata una media tra più paganti in modo che i termini di pagamento usati per il calcolo della media siano pari ad almeno il 3% del volume dell'attività dell'Organizzazione per l'anno preso in esame.

Limitazioni sulle spese per Pazienti aventi diritto all'Assistenza finanziaria

- c. Ai pazienti aventi diritto all'assistenza finanziaria non saranno addebitate spese superiori all'importo AGB per interventi urgenti e altre cure mediche essenziali, che non potranno in ogni caso superare le spese lorde di tutte le altre cure sanitarie. L'Organizzazione calcola una o più percentuali AGB usando il metodo "retrospettivo" e include Medicare fee-for-service e tutte le assicurazioni sanitarie private che provvedono al pagamento delle domande inoltrate all'Organizzazione, il tutto in conformità con 501(r). Una copia gratuita della descrizione del calcolo AGB e delle percentuali è disponibile sul sito web dell'Organizzazione o può essere richiesta per iscritto/di persona al reparto Servizi Finanziari del Paziente (Patient Financial Services) all'indirizzo 900 S. Caton Ave., Baltimore, MD 21229.

Come presentare domanda per Assistenza finanziaria e assistenza diversa

Un Paziente può avere diritto all'assistenza finanziaria grazie all'idoneità del punteggio di probabilità oppure presentando Domanda FAP completa per l'assistenza finanziaria. La Domanda FAP e le Istruzioni per la Domanda FAP sono disponibili sul sito web dell'Organizzazione o contattando il servizio Patient Financial Assistance al numero 1-667-234-2140. Le Domande FAP sono disponibili presso diversi punti di registrazione in ospedale. L'Organizzazione richiederà al non assicurato di collaborare con un consulente finanziario per fare richiesta a Medicaid o ad altri programmi di assistenza pubblici per i quali il paziente è ritenuto potenzialmente idoneo all'assistenza finanziaria (salvo se idoneo e se ha ricevuto l'approvazione in base al punteggio di probabilità). Un Paziente può essere escluso dall'assistenza finanziaria se fornisce false informazioni in una Domanda FAP o durante il processo per l'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.

L'Organizzazione fornirà informazioni per iscritto al Paziente o al suo rappresentante, tutore o famiglia, a seconda del caso, riguardo la disponibilità di piani di pagamento a rate. L'Organizzazione fornirà tali informazioni prima che il Paziente venga dimesso, con la fattura dell'ospedale, su richiesta, e in ogni comunicazione scritta al Paziente riguardo la riscossione del debito ospedaliero. Per almeno 180 giorni dopo

avere emesso la prima fattura del Paziente, l'Organizzazione non deve comunicare informazioni negative sul Paziente a un'agenzia di comunicazione del credito al consumo o avviare una causa civile per mancato pagamento.

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 separata. Una copia gratuita dell'informativa su fatturazione e recupero crediti è disponibile sul sito web dell'Organizzazione o può essere richiesta al reparto Servizi Finanziari del Paziente (Patient Financial Services) al numero 1-667-234-2140.

Interpretazione

Questa politica, e tutte le procedure applicabili, dovranno rispettare ed essere interpretate e applicate ai sensi del 501(r) eccetto ove specificatamente indicato altrimenti.

Ascension Saint Agnes

ELENCO DEI FORNITORI COPERTI DALLA POLITICA DI ASSISTENZA FINANZIARIA

Aggiornato al 31 marzo 2022

L'elenco seguente specifica quali fornitori di cure di emergenza e di altre cure necessarie dal punto di vista medico offerte nella struttura ospedaliera rientrano nella Politica di assistenza finanziaria (FAP). *Si noti che se non si tratta di cure di emergenza e di altre cure necessarie dal punto di vista medico, queste non rientrano nella Politica di assistenza finanziaria per nessun fornitore.*

<u>Fornitori coperti dalla FAP</u>	<u>Fornitori non coperti dalla FAP</u>
Seton Medical Group Ascension Medical Group Integrated Specialist Group Saint Agnes Medical Group Vituity CEP America	ABBAS,ALI MD
	ABDELAZIM,SUZANNE A D.O.
	ABDUR-RAHMAN,NAJLA MD
	ABERNATHY,THOMAS MD
	ADAMS,SCOTT MD
	AFZAL,MUHAMMAD MD
	AHLUWALIA,GURDEEP S MD
	AHMED,AZRA MD
	AKABUDIKE,NGOZI M MD
	AKHTAR,YASMIN DO
	ALBUERNE,MARCELINO D MD
	ALEX,BIJU K MD
	ALI,LIAQAT MD
	ALLEN,DANISHA MD
	ALONSO,ADOLFO M MD
	AMERI,MARIAM MD
	AMIN,SHAHRIAR MD
	ANANDAKRISHNAN,RAVI K MD
	ANDRADE,JORGE R MD
	ANSARI,MOHSIN MD
	ANTHONY,JAMES D MD
	APGAR,LESLIE MD
	APOSTOLIDES,GEORGE Y MD
	ARCHER,CORRIS E MD
	ARSHAD,RAJA R MD
	ASHLEY JR,WILLIAM W MD
	AWAN,HASAN A MD
	AWAN,MATEEN A MD
	AZIE,JULIET C MD
	AZIZ,SHAHID MD
	BAJAJ,BHAVANDEEP MD
	BAJAJ,HARJIT S MD
	BANEGURA,ALLEN T MD
	BARBOUR,WALID K MD

BARNES,BENJAMIN T MD
BASKARAN,DEEPAK MD
BASKARAN,SAMBANDAM MD
BASSI,ASHWANI K MD
BASTACKY,DAVID C DMD
BECK,CLAUDIA MD
BEHRENS,MARY T MD
BELTRAN,JUAN A MD
BERGER,LESLY MD
BERKENBLIT,SCOTT I MD
BERNIER,MEGHAN M.D.
BEZIRDJIAN,LAWRENCE C MD
BHARGAVA,NALINI MD
BHASIN,SUSHMA MD
BHATNAGAR,RISHI MD
BHATTI,NASIR I MD
BIRCHES,DAMIAN E MD
BLAM,OREN G MD
BLANK,MICHAEL DDS
BODDETI,ANURADHA MD
BODDU,ROHINI MD
BORDON,JOSE M MD
BOYKIN,DIANE MD
BRANDAO,ROBERTO A DPM
BRITT,CHRISTOPHER J MD
BROOKLAND,ROBERT K M.D.
BROUILLET, JR.,GEORGE H MD
BROWN,JACQUELINE A MD
BURROWS,WHITNEY MD
CAHILL,EDWARD H MD
CALLAHAN,CHARLES W DO
CALLENDER,MARC MD
CAO,QI MD
CARPENTER,MYLA MD
CARTER,MIHAELA M.D.
CERCONE,KRISTEN MD
CHANG,HENRY MD
CHANG,JOSEPH J M.D.
CHATTERJEE,CHANDANA MD
CHEIKH,EYAD MD
CHEN,WENGEN MD
CHEN,YIBO N MD

CHEUNG,AMY M MD
CHINSKY,JEFFREY M MD
CHOUDHRY,SHABBIR A MD
CLONMELL,DIANE J LCPC
COHEN,BERNARD MD
COHEN,GORDON MD
COLANDREA,JEAN MD
COSENTINO,ENZO MD
CRESS,JANE M NP
CROWLEY,HELENA M MD
CUNEO,CHARLES N MD
DANG,KOMAL K MD
DA SILVA,MONICA L MD
DAVALOS,JULIO MD
DAVIS,NNEKA N DMD
DEBORJA,LILIA L MD
DEJARNETTE,JUDITH MD
DE JESUS-ACOSTA,ANA MARIA CRIS
DELLABADIA JR,JOHN MD
DESAI,KIRTIKANT I MD
DESAI,SHAUN C MD
DESIKAN,SARAIJHAA K MD
DIAZ-MONTES,TERESA P MD
DICKSTEIN,RIAN MD
DIDOLKAR,MUKUND S MD
DILSIZIAN,VASKEN MD
DOHERTY,BRENDAN MD
DOVE,JOSEPH DPM
DROSSNER,MICHAEL N MD
DUA,VINEET MD
DUBOIS,BENJAMIN MD
DUNNE,MEAGAN MD
DUONG,BICH T MD
DUSON,SIRA M MD
DZIUBA,SYLWESTER MD
EGERTON,WALTER E MD
EISENMAN,DAVID J MD
EMERSON,CAROL MD
ENELOW,THOMAS MD
ENGLUM,BRIAN R MD
ERAS,JENNIFER L MD
FALCAO,KEITH D MD

FATTERPAKER,ANIL MD
FELTON,PATRICK M. DPM
FERNANDEZ,RODOLFO E MD
FILDERMAN,PETER S MD
FLOYD,DEBORA M LCPC
FOLGUERAS,ALBERT J MD
FRAZIER,JAMES MD
FRAZIER,TIMOTHY S MD
FRIEDBERG,JOSEPH S MD
FUGOSO,VALERIANO P MD
GABLE,NICOLE J MD
GALITA,OLIVER C MD
GANGALAM,AJAY B M.D.
GARCIA LOPEZ de VICTORIA,ELIZA
GARCIA,LORI MD
GARCIA,PABLO MD
GARG,PRADEEP MD
GEORGIA,JEFFREY MD
GERSH,STEVEN DPM
GERSTENBLITH,DANIEL DPM
GIARDINA,VITO N DPM
GITLITZ,DAVID B MD
GLASER,STEPHEN R MD
GOBRIAL,EVEIT E MD
GOLDFARB,ROBERT A MD
GOLDMAN,MICHAEL H MD
GOMA,MONIQUE L MD
GORMLEY,PAUL E MD
GRAHAM, JR.,CHARLES R MD
GREEN-SU,FRANCES M MD
GROCHMAL,JAY C MD
GROSSO,NICHOLAS MD
GRUNEBERG,SHERRI L MD
GUARDIANI,ELIZABETH A MD
GUEYE,AMY H MD
GURETZKY,TARA MD
HABIB,FADI M.D.
HAJJ,SAMAR J MD
HAMMOND,SHARICE MD
HANSEN,CHRISTIAN H MD
HAROUN,RAYMOND I MD
HATTEN,KYLE M MD

HAYWARD,GERALD MD
HEBERT,ANDREA M MD
HECTOR,ROGER M.D.
HENNESSY,ROBERT G MD
HENRY,GAVIN MD
HERTZANO,RONNA MD
HESSAN,HOWARD S MD
HEYMAN,MEYER R MD
HICKEN,WILLIAM J MD
HILL,TERRI MD
HOCHULI,STEPHAN U MD
HOFERT,SHEILA MD
HORMOZI,DARAB MD
HUANG,CINDY Y MD
HUANG,LIGUANG M.D.
HUAPAYA CARRERA,JULIO A MD
HUDES,RICHARD MD
HUNDLEY,JEAN C MD
HUNT,NICOLE A MD
IM,DWIGHT D MD
IMIRU,ABEBE MD
ISAIAH,AMAL MD
IWEALA,UCHECHI A MD
JACKSON,PRUDENCE MD
JACOB,ASHOK C MD
JACOBS,MARIANNE B DO
JANZ,BRIAN A MD
JOHNSON,GLEN E MD
JULKA,SURJIT S MD
JUSTICZ,NATALIE S MD
KAHL,LAUREN MD
KALRA,KAVITA B MD
KANTER,MITCHEL A MD
KANTER,WILLIAM R MD
KHAN,JAVEED MD
KHAN,RAO A MD
KHULPATEEA,BEMAN R MD
KHURANA,ARUNA Y MD
KIM,CHRISTOPHER MD
KIM,LISA MD
KIM,SOON JA MD
KLEBANOW,KENNETH M MD

KLEINMAN,BENJAMIN DPM

KNAISH,KINAN MD

KOLI,EMMANUEL N MD

KOPACK,ANGELA M MD

KUMAR,RAMESH MD

KUPPUSAMY,TAMIL S MD

LAFFERMAN,JEFFREY MD

LALA,PADMA M MD

LAL,BRAJESH K M.D.

LANCELOTTA,CHARLES J MD

LANDIS,JEFFREY T MD

LANDRUM,B. MARK MD

LANDRUM,DIANNE J MD

LANDSMAN,JENNIFER MD

LANE,ANNE D MD

LANGER,KENNETH F MD

LANTZ,JENNIFER MS, CCC/A

LEBLANC,DIANA M.D.

LEE,DANA M MD

LENING,CHRISTOPHER B MD

LEVIN,BRIAN M MD

LEVY,DAVID MD

LIANG,DANNY MD

LIM,JOSHUA J MD

LIN,ANNIE Z MD

LIPTON,MARC DPM

LI,ROBIN Z MD

LIU,JIA MD

LONG,ADRIAN E MD

LOTLIKAR,JEFFREY P MD

LOWDER,GERARD M MD

LUMPKINS,KIMBERLY M. M.D.

MACIEJEWSKI,SHARON PT

MADDEN,JOSHUA S MD

MAKONNEN,ZELALEM MD

MALLALIEU,JARED DO

MALONEY,PATRICK MD

MAMO,GEORGE J MD

MANDIR,ALLEN S MD

MATSUNAGA,MARK T MD

MAUNG,CHO C MD

MAUNG,TIN O MD

MAYO,LINDA D OTS
MCCARUS,DAVID MD
MCCORMACK,SHARON J MD
MEDWIN,IRINA MD
MEININGER,GLENN R MD
MILLER,KAREN J MD
MILLER,PAUL R MD
MINAHAN,ROBERT E M.D., JR
MITCHERLING,JOHN J DDS
MITCHERLING,WILLIAM W DDS
MOORE,JAMES T MD
MOORE,ROBERT F M.D.
MORGAN,ATHOL W MD
MOUSSAIDE,GHITA MD
MUMTAZ,M. ANWAR MD
MURPHY,ANNE MD
MURTHY,KALPANA MD
MYDLARZ,WOJCIECH MD
NAKAZAWA,HIROSHI MD
NALLU,ANITHA M.D.
NARAYEN,GEETANJALI MD
NARAYEN,VIJAY MD
NEUNER,GEOFFREY MD
NEUZIL,DANIEL F MD
NUCKOLS,JOSEPH MD
O'BRIEN,CAITLIN MD
O'CONNOR,MEGHAN P MD
ODUYEBO,TITILOPE M.D.
OLLAYOS,CURTIS MD
OTTO,JAMES MD
OWUSU-ANTWI,KOFI MD
OWUSU-SAKYI,JOSEPHINE MD
OZA,MANISH N MD
PAIVANAS,BRITTANY M MD
PARIKH,JYOTIN MD
PARK,CHARLES MD
PASS,CAROLYN J MD
PASUMARTHY,ANITA MD
PATAKI,ANDREW M MD
PATEL,ALPEN MD
PATEL,ANOOP MD
PATEL,JANKI MD

PATEL,KRUTI N MD
PEREZ,DANIEL DPM
PERVAIZ,KHURRAM MD
PETERS,MATTHEW N MD
PETIT,LISA MD
PIEPRZAK,MARY A MD
PIROUZ,BABAK MD
POLSKY,MORRIS B MD
POMERANTZ,RICHARD M MD
POON,THAW MD
POULTON,SCOTT C MD
POWELL-DAVIS,MONIQUE M M.D.
PRESTI,MICHAEL S DPM
PULLMANN,RUDOLF MD
PURDY,ANGEL MD
QURESHI,JAZIBETH A MD
RAIKAR,RAJESH V MD
RAJA,GEETHA MD
RANKIN,ROBERT MD
RAVEKES,WILLIAM MD
RAVENDHRAN,NATARAJAN MD
RECKORD,MARGARET M RN
REDDY,ANURADHA MD
REED,ANN MD
REHMAN,MALIK A MD
REILLY,CHRISTINE MD
REINER,BARRY J MD
REMY,KENNETH MD
REYAL,FARHANA S MD
RIAZ,AWAIS MD
RICHARDSON,LEONARD A MD
ROBERTSON,KAISER MD
ROSEN,DANIEL C MD
ROTH,JOHN DPM
ROTTMANN,EVA I DO
RUSSELL,JONATHON O MD
RYU,HYUNG MD
SABOURY SICHANI,BABAK MD
SAIEDY,SAMER MD
SAINI,ANJALI MD
SAINI,RUMNEET K MD
SALAS,LOUIS MD

SALAZAR,ANDRES E MD
SALENGER,RAWN V MD
SALIM,MUBADDA MD
SALVO,EUGENE C MD
SANDERSON,SEAN O M.D.
SANDHU,RUPINDER MD
SANGHAVI,MILAN MD
SANTOS,MARIA L MD
SARDANA,NEERAJ MD
SAVAGE,ANGELA Y DPM
SCHNEYER,MARK MD
SEIBEL,JEFFREY L MD
SETYA,VINEY R MD
SHAH,BANSARI H M.D.
SHAIKH,NAOMI N MD
SHAMS-PIRZADEH,ABDOLLAH MD
SHAPIRO ,BRUCE K
SHEEHAN,CHARLES E M.D.
SHORTS,ALISON MSCCC-SLP
SHUSTER,JERI MD
SIEGEL,ELIOT L MD
SILBER,GLENN MD
SILBER,MOLLY H MD
SILHAN,LEANN MD
SILVERSTEIN,SCOTT MD
SIMLOTE,KAPIL MD
SIMMONS,SHELTON MD
SIMO,ARMEL MD
SINGH,GURTEJ MD
SINNO,FADY MD
SKLAR,GEOFFREY MD
SMENTKOWSKI,KATHERINE E MD
SMITH,BRANDON M MD
SMITH,DENNIS MD
SMITH,RACHELLE MD
SMITH,WARREN J MD
SNOW,GRACE E MD
SOILEAU-BURKE,MONIQUE J MD
SOLOMON,MISSALE MD
SPEVAK,PHILIP J MD
STAUBER,ZIVA Y MD
STERN,MELVIN S MD

STEWART,SHELBY J MD
STRAUCH,ERIC MD
SUNDEL,ERIC M.D.
SURMAK,ANDREW J MD
SWANTON,EDWARD MD
SWETT,JEFFREY T DO
SYDNEY,SAM V MD
TAGHIZADEH,MAAKAN MD
TANSINDA,JAMES MD
TAYLOR,AISHA K MD
TAYLOR,RODNEY J MD
THOMAS,RADCLIFFE MD
THOMPSON III,WILLIAM R MD
TOLLEY,MATTHEW DPM
TUCHMAN,DAVID N MD
TURAKHIA,BIPIN K MD
TUUR-SAUNDERS,SYLVANA MD
TWIGG,AARON MD
UCUZIAN,ARECK A MD
UDOCHI,NJIDEKA MD
VAKHARIA,KALPESH T MD
VALLECILLO,JORGE MD
VAN DEN BROEK,JEFFREY W DO
VASANTHAKUMAR,MUTHUKRISHNAN MD
VOIGT,ROGER W MD
VON WALDNER,CHRISTINA A LCPC
WALLACE,MICHAEL MD
WALTROUS,JUSTIN D MD
WARDEN,MARJORIE K MD
WARD,FRANCISCO A DO
WHIPPS,RANDOLPH G MD
WHITE,PATRICK W MD
WILLIAMS,SAMUEL R MD
WINAKUR,SHANNON MD
WOLF,JEFFREY S MD
WOLLNEY,DANA E MD
WORMSER,BENJAMIN K MD
XIE,KE MD
YI,MING MD
YIM,KENNETH MD
YU,WARREN D. M.D.
ZADE,RALPH MD

ZAIM,BULENT R MD

ZHANG,LINDY MD

ZHAO,JUN MD

ZHU,WEIMIN MD

ZUNIGA,LUIS M MD

Ascension Saint Agnes

CALCOLO DI IMPORTO GENERALMENTE FATTURATO

01/07/2021

Ascension Saint Agnes calcola due percentuali AGB, una per le spese della struttura ospedaliera e una per gli onorari professionali; entrambe impiegano il metodo "retrospettivo" e includono Medicare fee-for-service e tutte le assicurazioni sanitarie private che provvedono al pagamento per le domande inoltrate all'Organizzazione, il tutto in conformità con la normativa IRS Sez. 1.501(r)-5(b)(3), 1.501(r)-5(b)(3)(ii)(B) e 1.501(r)-5(b)(3)(iii). I dettagli di tali calcoli e le percentuali AGB sono descritti di seguito.

Le percentuali AGB per Ascension Saint Agnes sono quelle che seguono:

AGB per le spese della struttura ospedaliera: 93,1%

AGB per gli onorari professionali dei medici: 50,7%

Queste percentuali AGB vengono calcolate dividendo la somma degli importi di tutte le domande di cure di emergenza e di altra assistenza necessarie a livello medico della struttura ospedaliera consentite da Medicare fee-for-service e di tutte le assicurazioni sanitarie private che provvedono al pagamento delle domande inoltrate alla struttura ospedaliera (distintamente per le spese della struttura e per i servizi professionali) per la somma dei costi lordi associati a tali domande. Le uniche domande utilizzate allo scopo di determinare l'AGB sono quelle consentite da un'assicurazione sanitaria nei 12 mesi precedenti il calcolo AGB (anziché le domande che si riferiscono all'assistenza fornita nel corso dei 12 mesi precedenti).

*A prescindere dal calcolo AGB che precede, Ascension Saint Agnes ha scelto di applicare una percentuale AGB inferiore per le spese della struttura ospedaliera come segue:

AGB: 88,55%

Ascension Saint Agnes

Ascension Saint Agnes Hospital, Ascension Medical Group, Seton Imaging, Lab Outreach, Integrated Specialist Group, Radiologists Professional Services, Anesthesia Professional Services

Riepilogo della Politica di assistenza finanziaria (FAP)

Ascension Saint Agnes, inclusa la rete di assistenza sanitaria riportata sopra, riconosce e rispetta la dignità di ogni persona con particolare attenzione ai soggetti che hanno difficoltà ad accedere ai servizi sanitari. Ascension Saint Agnes si impegna altresì a gestire le proprie risorse di assistenza sanitaria mettendosi al servizio dell'intera comunità. A sostegno di tali principi, Ascension Saint Agnes offre assistenza finanziaria a determinate persone a cui somministra cure mediche di emergenza o altre cure necessarie dal punto di vista medico. Il presente riepilogo fornisce una breve panoramica della Politica di assistenza finanziaria di Ascension Saint Agnes.

Chi ne ha diritto?

Hanno diritto a ricevere assistenza finanziaria coloro che abitano ad Arbutus 21227, Brooklyn/Linthicum, 21225, Catonsville 21250, 21228, Curtis Bay 21226, Gwynn Oak 21207, South Baltimore City 21223, 21230, Southwest Baltimore City 21229, West Baltimore City 21215, 21216, 21217. L'assistenza finanziaria viene normalmente calcolata sulla base del rapporto fra il reddito complessivo del nucleo familiare e la soglia di povertà federale. Se il reddito dell'interessato è inferiore al 250% della soglia di povertà federale, è possibile avere diritto a uno storno pro-bono pari al 100% sulle spese sanitarie sostenute. Se il reddito dell'interessato è superiore al 250% ma non al 500% della soglia di povertà federale, è possibile ottenere tariffe scontate in base a una scala mobile o a una valutazione patrimoniale. Se si vanta un debito per spese mediche per cure di emergenza e necessarie dal punto di vista medico e il debito dell'interessato supera il proprio reddito, è possibile avere diritto a uno sconto. In caso di beni superiori al 250% dell'ammontare del reddito della soglia di povertà federale, non si avrà diritto all'assistenza finanziaria. Gli importi addebitati ai Pazienti idonei all'assistenza finanziaria non potranno essere superiori alle spese meno il ricarico dell'ospedale oppure, se sono inferiori, agli importi generalmente fatturati ai pazienti che godono di copertura assicurativa.

Preventivo scritto.

I Pazienti hanno il diritto di richiedere e ricevere un preventivo scritto delle spese totali per gli interventi, i servizi e le prestazioni ospedaliere non urgenti che l'ospedale è tenuto ragionevolmente a fornire per servizi professionali.

Quali servizi sono coperti?

La politica di assistenza finanziaria vale per le cure di emergenza e le cure sanitarie necessarie diverse. Nelle fatture ospedaliere non sono inclusi gli oneri del medico, che verranno fatturati separatamente. Questi termini sono definiti nella Politica di assistenza finanziaria. Tutte le altre cure non sono coperte dalla politica di assistenza finanziaria.

Come posso fare domanda?

Per richiedere l'assistenza finanziaria è necessario compilare una domanda scritta e fornire la documentazione giustificativa, come descritto nella Politica di assistenza finanziaria e nel relativo modulo. Per la domanda, contattare il numero 667-234-2140.

Come posso ricevere assistenza per la presentazione della domanda?

Per ulteriori informazioni sull'applicazione della Politica di assistenza finanziaria, è possibile contattare l'ufficio Patient Financial Services al numero 667-234-2140, la Maryland Medical Assistance al numero 1-855-642-8572, visitare il sito www.dhr.state.md.us o rivolgersi al Dipartimento dei Servizi Sociali locale telefonando al numero 1-800-332-6347; TTY: 1-800-925-4434.

Dove posso ottenere ulteriori informazioni?

Copie della Politica di assistenza finanziaria e del modulo per la domanda di assistenza finanziaria sono disponibili sul sito <https://healthcare.ascension.org/Locations/Maryland/MDBAL/Baltimore-Saint-Agnes-Hospital> e all'indirizzo 900 S. Caton Avenue, Baltimore, MD 21229, ufficio Patient Financial Services. È possibile ottenere copie gratuite della Politica di assistenza finanziaria e della Domanda di assistenza finanziaria per posta contattando l'ufficio Patient Financial Services al numero 667-234-2140.

Che cosa succede se risultassi non idoneo?

Un paziente non idoneo a ricevere l'assistenza finanziaria in base alla FAP, potrebbe tuttavia avere diritto ad altri tipi di assistenza. Per ulteriori informazioni contattare l'ufficio Servizi Finanziari per i Pazienti (Patient Financial Services), all'indirizzo 900 S. Caton Avenue, Baltimore, MD 21229 o telefonicamente al numero 667-234-2140.

Piani di pagamento

Ascension Saint Agnes Hospital offre piani di pagamento per agevolare il pagamento delle spese mediche. Per ulteriori informazioni, contattare il Servizio Clienti al numero 667-234-2175.

Conferma

L'interessato ha ricevuto il precedente riepilogo in un linguaggio semplificato della Politica di Assistenza finanziaria di Ascension Saint Agnes e comprende i propri diritti ai sensi di tale Politica.

Sigare: [Le iniziali saranno raccolte sul modulo di consenso generale.]

Le traduzioni della presente Politica di assistenza finanziaria, della Domanda di assistenza finanziaria e delle relative istruzioni, nonché del presente riepilogo semplificato sono disponibili su richiesta e nel nostro sito web nelle seguenti lingue:

Arabo

Birmano

Cinese (semplificato)

Cinese (tradizionale)

Inglese

Francese

Gujarati

Italiano

Coreano

Russo

Spagnolo

Tagalog

Urdu

Vietnamita



Ascension

Lettera di sostegno

Numero di cartella clinica del paziente / numero di conto _____

Nome di chi offre il sostegno _____

Legame con il paziente / richiedente _____

Indirizzo di chi offre sostegno _____

Ad Ascension:

La presente lettera è per informare che (nome paziente) _____ percepisce un reddito basso o nessun reddito e che il/la sottoscritto/a lo/la assiste nelle spese di sostentamento. Egli/Ella non detiene alcun obbligo nei miei confronti.

Apponendo la mia firma, Il sottoscritto dichiara che le informazioni fornite sono vere in base ai dati in proprio possesso.

Firma di colui che offre il sostegno _____

Data _____



Ascension

[Data]

Gentile Paziente/richiedente,

Ascension opera con compassione e si dedica a fornire cure personalizzate a tutti, in particolar modo ai più bisognosi. Offrire assistenza finanziaria ai pazienti è la nostra missione oltre che un privilegio. L'assistenza finanziaria è disponibile esclusivamente per le cure di emergenza e per altre cure mediche necessarie. Ringraziamo della fiducia accordataci per la cura dell'interessato e della famiglia per qualsiasi esigenza sanitaria.

Le stiamo inviando questa lettera e il modulo di richiesta di assistenza finanziaria allegata dietro Sua richiesta. Se non ha inviato alcuna richiesta, La preghiamo di ignorare la comunicazione. Completate la richiesta su entrambi i lati, ricordando di firmarla e datarla, prima di restituirla. La preghiamo di informarci nel caso avesse già compilato una domanda negli ultimi sei mesi e se avesse ricevuto l'approvazione per l'assistenza finanziaria. In tal caso, potrebbe non essere necessario compilare una nuova domanda. Le domande presentate da più di sei mesi non saranno prese in considerazione.

Insieme alla domanda, La invitiamo a inviare anche una copia di almeno uno dei seguenti documenti per comprovare il Suo reddito. Se è coniugato/a o convive con un partner da almeno 6 mesi, dovrà fornire anche una copia di uno dei seguenti documenti per comprovare il reddito al fine di consentirci di elaborare la domanda.

- Copie delle ultime 3 buste paga del datore di lavoro
- Copie dell'ultima dichiarazione dei redditi annuale (per i lavoratori autonomi, includere tutti gli allegati)
- Lettera di indennizzo da parte dell'istituto di previdenza e/o pensionistico
- Ultima dichiarazione dei redditi annuale del genitore o del tutore, se il richiedente è una persona a carico indicata nella dichiarazione fiscale e ha un'età inferiore a 25 anni
- Altri documenti che comprovino il reddito
- Copie degli estratti conto bancari degli ultimi 3 mesi
- Copia delle ricevute dell'indennità di disoccupazione

Se riceve assistenza o vive in un'abitazione con familiari o amici, li invitiamo a compilare il modulo allegato denominato "Lettera di sostegno". Tale dichiarazione non li renderà responsabili delle Sue spese mediche, servirà a noi per stabilire in che misura Lei è in grado di sostenersi economicamente. Se non riceve assistenza da familiari e amici, non deve compilare il modulo della Lettera di sostegno.

Le chiediamo, infine, di documentare le Sue spese mediche mensili per farmaci / medicinali.

La Sua domanda sarà presa in considerazione soltanto se correttamente compilata e corredata della documentazione attestante il Suo reddito. Non saranno elaborate né prese in considerazione domande incomplete.

Le ricordiamo che le comunicazioni via e-mail su internet non sono sicure. Sebbene poco probabile, esiste la possibilità che le informazioni inviate via e-mail vengano intercettate e lette da persone estranee.

Desideriamo proteggere i Suoi dati personali, garantendone la sicurezza. Dal momento che la domanda include il Suo numero di previdenza sociale e altri dati personali, La invitiamo a non inviarla tramite e-mail.

La preghiamo di stampare e inviare per posta o consegnare a mano la domanda completa al seguente indirizzo:

[VIA]
[SEDE]
[CITTÀ, STATO C.A.P.]

In caso di richieste relative alla domanda, contattare uno dei nostri rappresentanti dei Pazienti al numero xxx-xxx-xxxx.

Cordiali saluti,

Patient Financial Services
Ascension