

ASCENSION WISCONSIN

POLITICA SECONDARIA DI ASSISTENZA FINANZIARIA - NHSC 1/2/2025

POLITICA / PRINCIPI

La politica delle organizzazioni elencate in questo paragrafo (singolarmente l'"Organizzazione") è garantire una prassi socialmente corretta per erogare cure di emergenza o altre cure necessarie dal punto di vista medico presso le strutture dell'Organizzazione. Questa politica è concepita specificamente per determinare l'idoneità all'assistenza finanziaria per i Pazienti che ne hanno bisogno e che sono curati dall'Organizzazione. Questa politica si applica a ciascuna delle seguenti Organizzazioni di Ascension Wisconsin:

St Joseph's - Women's Outpatient Center e All Saints/AMG - WI Avenue Family Practice

1. Ogni forma di assistenza finanziaria riflette 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 indigenti e vulnerabili, nonché il nostro impegno ad assicurare una buona amministrazione e una giustizia distributiva.
2. Questa politica vale per tutte le cure di emergenza e per tutte le cure mediche necessarie erogate dall'Organizzazione, inclusi servizi di medici dipendenti e quelli relativi ai disturbi comportamentali. Questa politica non si applica a spese mediche non di emergenza o non necessarie dal punto di vista medico.
3. L'elenco dei fornitori coperti dalla polizza di assistenza finanziaria fornisce un elenco di tutti i fornitori che forniscono assistenza all'interno delle strutture dell'Organizzazione, specificando quali sono coperti dalla polizza di assistenza finanziaria e quali no.

DEFINIZIONI

Ai fini di questa politica, valgono le seguenti definizioni:

- "**501(r)**" indica la Sezione 501(r) dell'Internal Revenue Code e i regolamenti promulgati in base ad esso.
- Per "**importo generalmente fatturato**" o "**AGB**" si intende, in relazione alle cure di emergenza e ad altre cure mediche necessarie, l'importo generalmente fatturato alle persone che hanno un'assicurazione che copre tali cure.
- Per "**Comunità**" si intende qualsiasi contea del Wisconsin in cui è presente una struttura o una clinica Ascension WI, incluse, a titolo esemplificativo, le contee di Outagamie, Winnebago, Calumet, Marathon, Portage, Lincoln, Oneida, Vilas, Clark, Milwaukee, Waukesha, Ozaukee, Washington, Racine, Kenosha e Jefferson. Un/a Paziente verrà inoltre ritenuto/a 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/la Paziente è risultato/a idoneo/a all'assistenza finanziaria prestata per tali cure.
- Per "**cure d'emergenza**" si intende una condizione medica che si manifesta con sintomi acuti di gravità sufficiente (compreso il dolore grave) tali che l'assenza di cure mediche immediate

potrebbe ragionevolmente comportare:

1. Mettere in serio pericolo la salute dell'individuo o, per quanto riguarda la donna incinta, la salute della donna o del nascituro;
 2. Grave compromissione delle funzioni corporee; o
 3. Grave disfunzione di un organo o di una parte del corpo; oppure
 4. Per quanto riguarda una donna incinta che ha le contrazioni;
 - a. Che ci sia tempo sufficiente per effettuare un trasferimento sicuro in un altro ospedale prima del parto; oppure
 - b. Il trasferimento può rappresentare una minaccia per la salute o la sicurezza della donna o del nascituro.
- Per "**assistenza necessaria dal punto di vista medico**" si intende l'assistenza (1) appropriata, coerente ed essenziale per la prevenzione, la diagnosi o il trattamento della condizione del/della Paziente; (2) la fornitura o il livello di servizio più appropriato per la condizione del/della Paziente che può essere fornito in modo sicuro; (3) non fornita principalmente per la convenienza del/della Paziente, della sua famiglia, del medico o di chi se ne prende cura; e (4) con maggiore probabilità di determinare un beneficio per il/la Paziente piuttosto che un danno. Affinché le cure future pianificate siano riconosciute come "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). L'essenzialità di una cura dovrà essere determinata dal fornitore approvato che si occupa del/della 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/una Paziente oggetto della presente politica non siano necessarie, tale decisione dovrà essere confermata anche dal medico che autorizza il ricovero o dal medico refertatore.
 - Per "**Organizzazione**" si intende Ascension Wisconsin.
 - Per "**paziente**" si intendono le persone che ricevono cure di emergenza e altre cure mediche necessarie presso l'Organizzazione e la persona che è finanziariamente responsabile della cura del/della paziente.
 - Per "**famiglia**" si intende il/la richiedente dell'assistenza finanziaria, il/la coniuge del/della richiedente e le persone a carico del/della richiedente e del/della coniuge che si qualificano come persone a carico secondo i requisiti dell'Internal Revenue Service.
 - Per "**reddito**" si intende il reddito lordo annuale derivante da qualsiasi forma di occupazione, assistenza pubblica di qualsiasi tipo (esclusa l'assistenza alimentare) o fondi di investimento di qualsiasi tipo

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, i pazienti con un reddito inferiore o uguale al 250% del livello di povertà federale ("FPL"), saranno idonei a cure caritatevoli del 100% su tale parte delle spese per i servizi dei quali il/la paziente è responsabile in seguito al pagamento dell'assicuratore, se presente, se tale paziente è stato/a determinato/a idoneo/a in virtù del punteggio di probabilità (descritto nel Paragrafo 5 seguente) o invia una domanda di assistenza finanziaria (una "Domanda") entro il 240° giorno dalla prima fattura post-dimissioni del/della paziente e la Domanda è stata approvata dall'Organizzazione. Il/la paziente sarà idoneo/a a un'assistenza finanziaria fino al 100% se tale Paziente invia la Domanda successivamente al 240° giorno dopo la prima fattura post-dimissioni del/della Paziente, ma poi l'ammontare dell'assistenza finanziaria disponibile per un/una Paziente di questa categoria è limitato al saldo non pagato del/della Paziente dopo aver preso in considerazione i pagamenti effettuati sul conto di quest'ultimo/a. L'importo addebitato ai Pazienti idonei per questa categoria di assistenza finanziaria non potrà essere superiore ai costi AGB calcolati.

2. Fatte salve le altre disposizioni della presente Politica di assistenza finanziaria, i pazienti con un reddito superiore al 250% del FPL ma che non supera il 400% dell'FPL, saranno idonei a uno sconto in base alla scala mobile su tale parte delle spese per i servizi forniti dei quali il/la paziente è responsabile in seguito al pagamento dell'assicuratore, se presente, se tale paziente invia una Domanda entro il 240° giorno dalla prima fattura post-dimissioni del/della Paziente e se la Domanda è stata approvata dall'Organizzazione. Il/la paziente potrà beneficiare dell'assistenza finanziaria con sconto a scalare se presenterà la domanda dopo il 240° giorno dalla prima fattura di dimissione del/della paziente, ma in seguito

l'importo dell'assistenza finanziaria disponibile per un/una paziente in questa categoria è limitato al saldo non pagato del/della paziente, dopo aver tenuto conto di eventuali pagamenti effettuati sul conto del/della paziente. L'importo addebitato ai Pazienti idonei per questa categoria di assistenza finanziaria non potrà essere superiore ai costi AGB calcolati. Lo sconto decrescente viene calcolato come illustrato di seguito:

Per i siti della Regione Sud (ex Wheaton Franciscan Healthcare e ex Columbia St. Mary's Hospital):

La percentuale indicata è la riduzione della responsabilità del/della paziente

Dimens ione della famigli a	Livello di assistenza caritatevole e FPL %						
	100%	95%	90%	85%	80%	75%	75%
	250% FPL	275% FPL	300% FPL	325% FPL	350% FPL	375% FPL	400% FPL
	Livello di reddito non superiore						
1	39.125 \$	43.038 \$	46.950 \$	50.863 \$	54.775 \$	58.688 \$	62.600 \$
2	52.875 \$	58.163 \$	63.450 \$	68.738 \$	74.025 \$	79.313 \$	84.600 \$
3	66.625 \$	73.288 \$	79.950 \$	86.613 \$	93.275 \$	99.938 \$	106.600 \$
4	80.375 \$	88.413 \$	96.450 \$	104.488 \$	112.525 \$	120.563 \$	128.600 \$
5	94.125 \$	103.538 \$	112.950 \$	122.363 \$	131.775 \$	141.188 \$	150.600 \$
6	107.875 \$	118.663 \$	129.450 \$	140.238 \$	151.025 \$	161.813 \$	172.600 \$
7	121.625 \$	133.788 \$	145.950 \$	158.113 \$	170.275 \$	182.438 \$	194.600 \$
8	135.375 \$	148.913 \$	162.450 \$	175.988 \$	189.525 \$	203.063 \$	216.600 \$
9	149.125 \$	164.038 \$	178.950 \$	193.863 \$	208.775 \$	223.688 \$	238.600 \$
10	162.875 \$	179.163 \$	195.450 \$	211.738 \$	228.025 \$	244.313 \$	260.600 \$

3. Fatte salve le altre disposizioni della presente Politica di assistenza finanziaria, un/una Paziente con un reddito superiore al 400% dell'FPL sarà idoneo/a all'assistenza finanziaria ai sensi di una "Valutazione del reddito" per uno sconto sulle spese del/della Paziente per i servizi dell'Organizzazione in base al debito per spese mediche totale del/della Paziente. Un/una Paziente sarà idoneo/a a ricevere assistenza finanziaria ai sensi della valutazione del reddito se il/la Paziente ha un debito medico totale eccessivo, che include il debito medico nei confronti di Ascension e di qualsiasi altro fornitore di assistenza sanitaria, per le cure d'emergenza e altre cure mediche necessarie, che è pari o superiore al reddito lordo del nucleo familiare del/della Paziente. Il livello di assistenza finanziaria fornito in base alla valutazione del reddito è lo stesso concesso a un/una paziente con un reddito pari al 400% del FPL ai sensi del precedente paragrafo 2, se tale paziente presenta una domanda entro il 240° giorno dalla prima fattura di

dimissione del/della paziente e se la domanda viene approvata dall'Organizzazione. Il/la paziente potrà beneficiare dell'assistenza finanziaria scontata per la valutazione del reddito se presenta la domanda dopo il 240° giorno dalla prima fattura di dimissione del/della paziente, ma l'importo dell'assistenza finanziaria disponibile per un/una paziente in questa categoria è limitato al saldo non pagato del/della paziente dopo aver tenuto conto di eventuali pagamenti effettuati sul conto del/della paziente. L'importo addebitato ai Pazienti idonei per questa categoria di assistenza finanziaria non potrà essere superiore ai costi AGB calcolati.

4. L'idoneità all'assistenza finanziaria può essere determinata in qualunque momento del ciclo del reddito e può includere l'uso di un punteggio di probabilità per un/una Paziente con un saldo non pagato sufficiente entro i primi 240 giorni dopo la prima fattura post-dimissioni del/della Paziente per determinare l'idoneità allo sconto caritatevole del 100% malgrado la mancata compilazione da parte del/della Paziente della domanda di assistenza finanziaria ("Domanda FAP"). Se al/alla 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/la Paziente ha diritto è limitato al saldo non pagato del/della Paziente considerati eventuali pagamenti versati sul suo conto. La determinazione dell'idoneità sulla base del Punteggio presunto si applica esclusivamente alle cure per cui viene calcolato il punteggio presunto.
5. Per i pazienti che partecipano a determinati piani assicurativi che considerano l'Organizzazione "fuori rete", l'Organizzazione può ridurre o negare l'assistenza finanziaria che sarebbe altrimenti disponibile per il/la paziente sulla base di una revisione delle informazioni assicurative del/della paziente e di altri fatti e circostanze pertinenti.
6. Nel caso in cui l'idoneità all'assistenza finanziaria venga respinta, il/la Paziente può presentare ricorso fornendo ulteriori informazioni all'Organizzazione entro quattordici (14) giorni dalla ricezione della comunicazione. Tutte le idoneità saranno riviste dall'Organizzazione per una decisione finale. Qualora la decisione finale confermi il precedente rifiuto all'assistenza finanziaria, il/la Paziente riceverà una notifica scritta. Pazienti e famiglie possono presentare ricorso in merito a decisioni dell'Organizzazione relative all'idoneità per l'assistenza finanziaria come segue:
 - a. Il/la paziente o la famiglia devono presentare il ricorso direttamente al consulente finanziario con cui stanno lavorando. Il/la paziente o la famiglia devono allegare una lettera/un modulo dettagliato che indichi le specifiche circostanze finanziarie che giustificano il ricorso e tutti i documenti finanziari e legali a sostegno della lettera.
 - b. Tutti i ricorsi saranno presi in considerazione dal comitato di appello per l'assistenza finanziaria dell'Organizzazione e le decisioni del comitato saranno inviate per iscritto al/alla paziente o alla famiglia che ha presentato il ricorso.

Altra assistenza per pazienti non idonei all'assistenza finanziaria

I pazienti non idonei all'assistenza finanziaria, come descritto sopra, possono tuttavia essere idonei ad altri tipi di assistenza offerta 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 convenienza della comunità servita dall'Organizzazione.

1. I Pazienti non assicurati e non idonei all'assistenza finanziaria riceveranno uno sconto basato sullo sconto offerto al/alla pagatore/trice che paga di più per tale Organizzazione. Il/la pagatore/trice che paga più sostanzialmente deve corrispondere almeno al 3% della popolazione dell'Organizzazione misurata in base al volume o al reddito lordo dei pazienti. Qualora una sola persona pagante non copra questo volume minimo, verrà calcolata una media tra più persone paganti in modo che i termini di pagamento usati per il calcolo della

media siano pari ad almeno il 3% del volume d'affari 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.

Limitazioni delle spese per Pazienti idonei all'assistenza finanziaria

Ai Pazienti idonei all'assistenza finanziaria non saranno addebitate spese superiori all'importo AGB per cure di emergenza e altre cure necessarie dal punto di vista medico, che non potranno comunque 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 per le domande inoltrate all'Organizzazione, il tutto in conformità con 501(r). Una copia gratuita della descrizione del calcolo AGB e delle percentuali può essere ottenuta sul sito web dell'Organizzazione o richiedendo una copia per posta al Servizio clienti di Ascension Wisconsin.

Come presentare domanda per Assistenza finanziaria e altra assistenza

Un/una 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, contattando il Servizio clienti di Ascension Wisconsin, richiedendole di persona presso tutti gli ospedali e le aree di registrazione delle cliniche o richiedendole a qualsiasi consulente finanziario di Ascension Wisconsin. A un/una paziente può essere negata l'assistenza finanziaria se fornisce informazioni false sulla domanda FAP o in relazione alla procedura di assegnazione di un punteggio presuntivo, o se rifiuta di cedere i proventi dell'assicurazione o il diritto di essere pagato direttamente da una compagnia assicurativa che potrebbe essere obbligata a pagare le cure fornite. L'Organizzazione può prendere in considerazione una domanda FAP compilata meno di sei mesi prima di una qualsiasi data di determinazione dell'idoneità, al fine di determinare l'idoneità per un episodio di cura in corso. L'Organizzazione non prenderà in considerazione una Domanda FAP completata oltre sei mesi prima della data di determinazione dell'idoneità.

Fatturazione e recupero crediti

Le azioni intraprese dall'organizzazione in caso di mancato pagamento sono descritte in una politica di fatturazione e recupero crediti. Una copia gratuita della politica di fatturazione e riscossione può essere ottenuta sul sito web dell'Organizzazione o chiamando il Servizio clienti di Ascension Wisconsin.

Interpretazione

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

Ascension Wisconsin non farà discriminazioni nella fornitura di servizi di assistenza sanitaria a un individuo:

1. Perché il/la paziente non è in grado di pagare le prestazioni sanitarie;
2. Perché il pagamento di tali servizi avverrebbe nell'ambito di Medicare, Medicaid o del Children's Health Insurance Program (CHIP); oppure
3. In base alla razza, al colore, al sesso, all'età, all'origine nazionale, alla disabilità, alla religione, all'identità di genere o all'orientamento sessuale del/della paziente