

Ascension Saint Agnes Politica di sistema e manuale procedurale	Pagina 1 di 5	SYS FI 51
Oggetto: Politica di fatturazione e recupero crediti di Ascension Saint Agnes	Data di entrata in vigore: 16/7	
	Controllato: Modificato: 17/7, 20/6, 20/10, 21/12	
Approvazioni: Finale - Presidente/AD: _____ Data: _____ Accordo: _____ Data _____ <i>(Le politiche entrano in vigore 30 giorni dopo le firme dell'AD.)</i>		

POLITICA / PRINCIPI

Rientra nella politica di Ascension Saint Agnes garantire prassi socialmente eque per la fornitura di cure di emergenza e altre cure necessarie dal punto di vista medico presso l'Organizzazione ai sensi della Politica di assistenza finanziaria (o "FAP"). Questa Politica di fatturazione e recupero crediti è stata creata appositamente per trattare le prassi di fatturazione e recupero crediti per i pazienti che necessitano di assistenza finanziaria e che ricevono cure presso l'Organizzazione.

Tutte le prassi di fatturazione e recupero crediti riflettono il nostro impegno e rispetto nei confronti della dignità umana del singolo e del bene comune, la nostra preoccupazione e solidarietà particolarmente in relazione a persone che vivono in condizioni di povertà e altre persone vulnerabili e il nostro impegno per la buona amministrazione e la giustizia distributiva. I dipendenti e gli agenti dell'Organizzazione devono agire in un modo che rifletta le politiche e i valori di una struttura cattolica, tra cui il trattamento dei Pazienti e delle rispettive famiglie con dignità, rispetto e compassione.

Questa Politica di fatturazione e recupero crediti vale per tutte le cure di emergenza e necessarie dal punto di vista medico erogate dall'Organizzazione, inclusi servizi di medici dipendenti e quelli relativi ai disturbi comportamentali. Questa Politica di fatturazione e recupero crediti non si applica ai pagamenti per le cure che non hanno carattere di "emergenza" e che non sono "necessarie dal punto di vista medico" (tali termini sono definiti nella FAP dell'Organizzazione).

DEFINIZIONI

1. "501(r)" indica l'Articolo 501(r) del Codice tributario statunitense (Internal Revenue Code) e i regolamenti promulgati in relazione ad esso.
2. Con "Azioni straordinarie di recupero crediti" o "ECA" si intendono le seguenti attività di recupero crediti soggette a restrizioni ai sensi del 501(r):
 - a. Riservate.

- b. Comunicazione di informazioni negative sul Paziente alle agenzie di comunicazione del credito al consumo o istituti di credito¹.
- c. Rinvio o rifiuto, oppure richiesta di un pagamento prima dell'erogazione delle cure necessarie dal punto di vista medico a causa del mancato pagamento del paziente di una o più fatture per le cure precedentemente fornite che rientrano nella FAP.
- d. Azioni che richiedono un processo legale o giudiziario, ad eccezione delle domande presentate nell'ambito di una procedura di fallimento o di lesioni personali. Queste azioni includono², a titolo esemplificativo,
 - i. porre un pegno sulla proprietà del paziente³,
 - ii. agire esecutivamente per imporre un'imposta o altrimenti sequestrare o confiscare un conto corrente di un Paziente o altra proprietà personale,
 - iii. avviare una causa civile contro un Paziente⁴, e
 - iv. pignorare gli stipendi di un Paziente.

Un'ECA non include nessun elemento seguente (anche se i criteri di un'ECA come definiti sopra sono altrimenti in genere soddisfatti):

- a. la vendita di un debito di un Paziente⁵
 - i. ;
 - b. qualsiasi pegno che l'Organizzazione è autorizzata a rivendicare ai sensi delle leggi statali sugli utili derivanti da una sentenza, un accordo o un compromesso dovuti a un Paziente in seguito alle lesioni personali per le quali l'Organizzazione ha fornito le cure; o
 - c. la presentazione di una domanda nell'ambito di una procedura di fallimento.
3. “**FAP**” indica la Politica di assistenza finanziaria dell'Organizzazione, ossia una politica che prevede l'offerta di Assistenza finanziaria ai pazienti idonei nell'ambito della promozione della missione dell'Organizzazione e di Ascension Health e conformemente al 501(r).
 4. “**Domanda FAP**” indica la domanda di Assistenza finanziaria.
 5. Con “**Assistenza finanziaria**” si intendono le cure gratis o a prezzo ridotto che l'Organizzazione può fornire al paziente ai sensi della FAP dell'Organizzazione.
 6. “**Organizzazione**” indica Ascension St Agnes Per richiedere ulteriori informazioni, inviare domande o commenti oppure presentare un reclamo, è possibile contattare l'ufficio indicato di seguito o in qualsiasi avviso o comunicazione pertinente ricevuta dall'Organizzazione:

¹ Secondo lo Statuto del Maryland 19-214.2(b)(5), l'Organizzazione non deve notificare un'agenzia di comunicazione del credito al consumo entro 180 giorni dalla fornitura della prima fattura al Paziente.

² Ai sensi della Sezione 19-214.2(g)(1) del Codice del Maryland, l'Organizzazione non deve pignorare una residenza principale di un Paziente al fine di riscuotere debiti.

³ Ai sensi della Sezione 19-214.2(g)(1) del Codice del Maryland, l'Organizzazione non deve richiedere un pegno contro la residenza principale di un Paziente al fine di riscuotere un debito dovuto per una fattura dell'ospedale.

⁴ Ai sensi della Sezione 19-214.2(g)(1) del Codice del Maryland, l'Organizzazione non deve intentare una causa civile per riscuotere debiti entro 180 giorni dalla fornitura della prima fattura al Paziente.

⁵ Ai sensi della Sezione 19-214.2(g)(1) del Codice del Maryland, l'Organizzazione non deve vendere debiti sanitari.

7. “Paziente” indica un individuo che riceve le cure (o che ha ricevuto le cure) dall'Organizzazione e qualsiasi altra persona responsabile dal punto di vista finanziario di tali cure (inclusi i familiari e i tutori).

PRASSI DI FATTURAZIONE E RECUPERO CREDITI

L'Organizzazione esegue un processo disciplinato per l'emissione regolare di fatture ai Pazienti per i servizi prestati e per le comunicazioni con i Pazienti. In caso di mancato pagamento da parte di un Paziente per i servizi forniti da parte dell'Organizzazione, quest'ultima potrà impegnarsi in azioni per ottenere il pagamento, inclusi a titolo esemplificativo, tentativi di comunicazione per via telefonica, e-mail e di persona e una (1) o più ECA, ai sensi delle disposizioni e delle restrizioni contenute nella presente Politica di fatturazione e recupero crediti. Il reparto Ciclo del reddito ha l'autorità definitiva di determinare se l'Organizzazione ha intrapreso le azioni ragionevoli per determinare l'idoneità all'assistenza finanziaria e se l'Organizzazione può impegnarsi nelle ECA.

Ai sensi del 501(r), la presente Politica di fatturazione e recupero crediti identifica i tentativi ragionevoli che l'Organizzazione deve intraprendere per determinare se un Paziente sia idoneo ai sensi della FAP all'Assistenza finanziaria prima di impegnarsi in un'azione di riscossione straordinaria o ECA. L'Organizzazione prenderà in considerazione il reddito, patrimonio, e altri criteri del Paziente in conformità alle direttive emanate dallo Stato del Maryland. L'Organizzazione deve dimostrare che ha tentato in buona fede di offrire assistenza in conformità alla sua FAP (incluso tramite un piano di pagamento) prima che possa procedere con qualsiasi ECA o delegare attività di riscossione a un esattore.

In seguito a una determinazione, l'Organizzazione può procedere con una o più ECA, come descritto in questa sede.

1. Elaborazione della domanda FAP. Salvo quanto previsto di seguito, un paziente può inviare una domanda FAP in qualsiasi momento in relazione a cure di emergenza e ad altre cure necessarie dal punto di vista medico ricevute dall'Organizzazione. Le decisioni relative all'idoneità per l'Assistenza finanziaria saranno elaborate sulla base delle seguenti categorie generali.
 - a. Domande FAP complete. Nel caso di un Paziente che invia una domanda FAP completa, l'organizzazione potrà sospendere tempestivamente le ECA per ottenere il pagamento delle cure, determinare l'idoneità e fornire una notifica scritta, come indicato di seguito.
 - b. Accertamento dell'idoneità presumibile. Se un Paziente è ritenuto presumibilmente idoneo a un costo inferiore rispetto all'assistenza più generosa disponibile ai sensi della FAP, l'Organizzazione informerà il Paziente della base di accertamento e garantirà al Paziente un periodo di tempo ragionevole per richiedere un'assistenza più generosa prima di avviare un'ECA.
 - c. Notifica e processo senza invio della domanda. Salvo invio di una domanda FAP o determinazione dell'idoneità ai sensi dei criteri di idoneità presumibile della FAP, l'Organizzazione rinuncerà ad avviare le ECA per almeno 180 giorni dalla data di invio al paziente della prima fattura post-dimissioni per le cure. In caso di episodi multipli di cura, le presenti disposizioni di notifica possono essere aggregate, in qual caso le tempistiche si baserebbero sull'episodio di cura più recente incluso nell'aggregazione. Prima di avviare una (1) o più ECA per ottenere il pagamento delle cure da un Paziente che non ha inviato una domanda FAP, l'Organizzazione dovrà intraprendere le seguenti azioni:

- i. Fornire al paziente una notifica scritta che indichi la disponibilità dell'Assistenza finanziaria per i Pazienti idonei, che identifichi le ECA che dovranno essere intraprese per ottenere il pagamento delle cure e che determini una scadenza dopo la quale tali ECA potranno essere avviate che non sia precedente ai 30 giorni dopo la data della notifica scritta;
 - ii. Fornire al Paziente il riepilogo semplificato della FAP; e
 - iii. Compiere uno sforzo ragionevole per informare oralmente il Paziente della FAP e del processo della domanda FAP.
 - d. Domande FAP incomplete. Nel caso di un Paziente che invia una domanda FAP incompleta, l'Organizzazione dovrà informare il Paziente per iscritto su come completare la domanda FAP e garantirà al Paziente trenta (30) giorni per farlo. Qualsiasi ECA pendente sarà sospesa durante questo periodo e la notifica scritta dovrà (i) descrivere le ulteriori informazioni e/o la documentazione richiesta ai sensi della FAP o della domanda FAP necessaria per completare la domanda, e (ii) includere le informazioni di contatto opportune.
2. Restrizioni sul rinvio o sul rifiuto delle cure. Nel caso in cui l'Organizzazione intenda rinviare o negare, oppure richiedere il pagamento prima della fornitura delle cure necessarie dal punto di vista medico (come definito nella FAP) a causa del mancato pagamento del Paziente di una o più fatture per le cure precedentemente fornite che rientrano nella FAP, al Paziente sarà fornita una domanda FAP e una notifica scritta che comunicherà la disponibilità dell'Assistenza finanziaria per i Pazienti idonei.
3. Notifica della Decisione; Scelta del Piano di Pagamento.
 - a. Decisioni. Quando si riceve una domanda FAP completa sul conto di un Paziente, l'Organizzazione valuterà la domanda FAP per determinare l'idoneità e informerà il Paziente per iscritto della decisione finale, compresa l'eventuale idoneità del Paziente a un piano di pagamenti, entro quattordici (14) giorni. La notifica includerà una determinazione dell'importo del cui pagamento il Paziente sarà responsabile a livello finanziario. Se la domanda della FAP viene negata, sarà inviata una notifica che spiegherà il motivo del rifiuto e le istruzioni per il ricorso o il riesame.
 - b. Piani di pagamento. Se il Paziente soddisfa i requisiti di idoneità, se del caso, per un piano di pagamento, tali piani di pagamento saranno soggetti ai termini e alle condizioni enunciate nella Politica di Assistenza finanziaria dell'Organizzazione, che può venire di volta in volta modificata. Se in qualsiasi momento il Paziente desidera modificare i termini e le condizioni di un piano di pagamento, il Paziente può contattare il reparto Servizio Clienti.⁶
 - c. Conformità ai Piani di pagamento. Non saranno applicate penali o tasse a causa del prepagamento o pagamento anticipato di un piano di pagamento. Il paziente sarà ritenuto essere conforme con un piano di pagamento se il Paziente effettua al minimo undici (11) pagamenti programmati entro un periodo di dodici (12) mesi. Se il Paziente trascura un pagamento mensile programmato, il Paziente può rimediare per tale pagamento entro un (1) anno dalla data del pagamento mancato senza penali per il Paziente. L'Organizzazione può rinunciare a ulteriori pagamenti mancati che si verificano entro un periodo di dodici (12) mesi e consentire al paziente di continuare a partecipare al piano di pagamento senza comunicare i debiti in sospeso a un'agenzia di riscossione o senza adire le vie legali.

⁶ Ai sensi della Sezione 19-214.2(b)(10)(iii) del Codice del Maryland, il Paziente e l'Organizzazione possono di comune accordo modificare i termini e le condizioni di un piano di pagamento offerto o concluso con il Paziente.

- d. Rimborsi. L'Organizzazione fornirà un rimborso per l'importo che il paziente ha versato per le cure che supera l'importo per il quale si determina che il paziente sia personalmente responsabile ai sensi della FAP, salvo se tale importo in eccesso risulta inferiore a \$5,00.
- i. Ai sensi della Sezione 19-214.2(b)(8) del Codice del Maryland, l'Organizzazione deve fornire un rimborso degli importi riscossi dal Paziente o dal garante del Paziente che in seguito è risultato essere idoneo per cure gratuite entro 240 giorni dalla fornitura della prima fattura. Soggetto alla Sezione 9, l'Organizzazione deve annullare le sentenze ottenute contro un Paziente o ritirare relazioni di credito negative in tale contesto.
 - ii. Ai sensi della sezione 19-214.2(c)(1) del Codice del Maryland, l'Organizzazione fornirà un rimborso degli importi che superano i 25 dollari riscossi da un Paziente o dal garante di un Paziente che, entro due anni dalla data del servizio, è stato ritenuto idoneo alle cure gratuite alla data del servizio.
 - iii. L'Organizzazione potrà ridurre il periodo di due anni al paragrafo (b)(i) della presente sezione a non meno di 30 giorni dalla data della richiesta di informazioni dell'ospedale al paziente, o al garante del paziente, per determinare l'idoneità del paziente alle cure gratuite al momento del servizio, se l'Organizzazione documenta la mancanza di collaborazione.
 - iv. Se un Paziente è iscritto a un piano sanitario del governo con valutazione del reddito che richiede al Paziente il pagamento diretto dei servizi ospedalieri, la politica di rimborso dell'Organizzazione fornirà un rimborso conforme ai termini e alle condizioni del piano del Paziente.
- e. Annullamento della/delle ECA. Laddove si determini che un paziente sia idoneo all'Assistenza finanziaria ai sensi della FAP e entro 240 giorni dalla fornitura della prima fattura per cui è stata comunicata l'ECA⁷, l'Organizzazione intraprenderà tutte le misure disponibili necessarie per annullare le ECA intraprese contro il paziente per l'ottenimento del pagamento delle cure. Tali misure disponibili ragionevoli in genere includono, a titolo esemplificativo, le misure per revocare le sentenze contro il paziente, eliminare ipoteche o imposte sulla proprietà del paziente e rimuovere dalla relazione creditizia del paziente le informazioni negative che sono state riferite a un'agenzia di comunicazione del credito al consumo o a un ufficio di credito. Ai sensi della Sezione 19-214.2(b)(8) del Codice del Maryland, l'Organizzazione deve comunicare la soddisfazione dell'obbligo di pagamento del Paziente entro sessanta (60) giorni dopo che l'obbligo è stato soddisfatto alle agenzie di comunicazione del credito al consumo a cui l'Organizzazione ha comunicato informazioni negative sul Paziente.
4. Ricorsi e reclami. Il paziente può presentare ricorso per un rifiuto dell'idoneità all'Assistenza finanziaria fornendo ulteriori informazioni all'Organizzazione entro quattordici (14) giorni dalla ricezione della comunicazione del rifiuto. Tutti i ricorsi saranno esaminati dall'Organizzazione per la decisione finale. Qualora la decisione finale confermi il rifiuto precedente dell'Assistenza finanziaria, il Paziente riceverà una notifica scritta. Se il Paziente desidera sporgere un reclamo con

⁷ Ai sensi della Sezione 19-214.2(b)(8) del Codice del Maryland, l'Organizzazione fornirà cure gratuite richieste sotto il punto di vista medico a pazienti con reddito familiare pari o inferiore al 200% del livello di povertà federale, o cure richieste sotto il punto di vista medico a costi ridotti a pazienti a basso reddito con reddito familiare al di sopra del 200% del livello di povertà federale, come calcolato al momento del servizio, o come aggiornato se applicabile per rendere conto dei cambiamenti nella situazione finanziaria del paziente che si verificano entro 240 giorni dalla fornitura della prima fattura dell'ospedale.

l'Organizzazione riguardo la riscossione di debiti sanitari, il Paziente può contattare il Reparto Servizio Clienti.

5. Riscossioni. Soggetto alla Sezione 9, al termine delle procedure precedenti, l'Organizzazione potrà procedere con le ECA contro i pazienti non assicurati e sotto-assicurati con conti inadempienti, secondo quanto determinato dalle procedure dell'Organizzazione per la definizione, l'elaborazione e il monitoraggio delle fatture del paziente e dei piani di pagamento. Fatte salve le restrizioni qui indicate e ai sensi della legge del Maryland, l'Organizzazione potrà impiegare un'agenzia di recupero crediti rispettabile esterna o un altro fornitore di servizi per l'elaborazione dei conti con crediti insoluti; tali agenzie o fornitori di servizi dovranno rispettare le disposizioni del 501(r) applicabili a terze parti.⁸L'Organizzazione dovrà monitorare attivamente i contratti per la riscossione dei debiti in virtù della presente politica. L'Organizzazione **non deve** eseguire nessuna delle seguenti operazioni nel tentativo di riscuotere un debito del Paziente in relazione a una fattura dell'ospedale:
- a. Richiedere un pegno contro la residenza principale del Paziente;
 - b. Far sì che un tribunale emani un sequestro o mandato di arresto contro il Paziente;
 - c. Richiedere il pignoramento dello stipendio se il Paziente è idoneo all'Assistenza finanziaria;
 - d. Presentare un reclamo contro il patrimonio del Paziente defunto se è noto che il Paziente era idoneo a ricevere cure gratuite, o se il valore del patrimonio dopo che sono stati soddisfatti gli obblighi fiscali è meno della metà del debito dovuto;
 - e. Intentare una procedura contro il Paziente, o fornire una notifica scritta dell'intenzione di intentare una procedura contro il Paziente, fino a 180 giorni dalla fornitura della prima fattura dell'ospedale;
 - f. Intentare una procedura contro il Paziente prima che l'ospedale stabilisca se il Paziente è idoneo all'Assistenza finanziaria.
 - g. Comunicare informazioni negative sul Paziente a un'agenzia di comunicazione del credito al consumo in seguito all'emissione della fattura dell'ospedale.
 - h. Comunicare informazioni negative sul Paziente a un'agenzia di comunicazione del credito al consumo, intentare una causa civile, o delegare l'attività di riscossione a un esattore del debito se l'Organizzazione è stata notificata in conformità alla legge federale che è in corso un ricorso o revisione della decisione sull'assicurazione sanitaria entro i 60 giorni immediatamente antecedenti. Se è stata inoltrata una relazione sfavorevole a un'agenzia di comunicazione del credito al consumo prima dell'apprendimento del ricorso da parte dell'Organizzazione, quest'ultima indicherà all'agenzia di annullare la relazione.
 - i. Comunicare informazioni negative sul Paziente a un'agenzia di comunicazione del credito al consumo, intentare una causa civile, o delegare l'attività di riscossione a un esattore del debito se l'Organizzazione ha completato una revisione richiesta del rifiuto delle cure gratuite o a costi ridotti che è stata completata in modo adeguato dal Paziente entro i 60 giorni immediatamente antecedenti. Se è stata inoltrata una relazione sfavorevole a un'agenzia di comunicazione del credito al consumo prima dell'apprendimento del ricorso da parte dell'Organizzazione, quest'ultima comunicherà all'agenzia di annullare la relazione.
 - j. Comunicare informazioni negative su un Paziente a un'agenzia di comunicazione del credito al consumo per un Paziente che, al momento del servizio, non era assicurato o idoneo a ricevere cure gratuite o a costi ridotti.

⁸ Ai sensi della Sezione 19-214.2(k)(4)(iii) del Codice del Maryland, l'Organizzazione e l'esattore del debito sono solidalmente responsabili di soddisfare i requisiti della Sezione 19-214.2.

6. Assunzione di Responsabilità. Nessun individuo potrà venire ritenuto responsabile del debito sanitario di un altro individuo che abbia almeno 18 anni di età a meno che egli dia il suo consenso volontario a venire ritenuto tale. Tale consenso deve essere in forma scritta su un documento separato, non può venire richiesto in un pronto soccorso o altra situazione d'emergenza, e non può venire richiesta come condizione per fornire servizi d'emergenza.
7. Interessi. L'Organizzazione non addebiterà gli interessi sulle fatture sostenute dai pazienti solventi prima dell'ottenimento di una sentenza del tribunale. L'Organizzazione non può addebitare interessi o tasse di qualsiasi debito contratto alla data o in seguito alla data di servizio da un Paziente idoneo a ricevere l'Assistenza finanziaria.
8. Tasse. L'Organizzazione non deve riscuotere tasse aggiuntive per un importo che non superi la spesa approvata per il servizio ospedaliero come stabilito dalla legge del Maryland da un Paziente idoneo a ricevere l'Assistenza finanziaria.
9. Pratiche attuali. Fatta salva ogni disposizione contraria della presente Politica di fatturazione e recupero crediti, attualmente l'Organizzazione non ricerca la giustizia contro i Pazienti, non comunica informazioni negative contro i Pazienti a agenzie del credito, o non addebita interessi sul pagamento tardivo del debito sanitario. Ogni modifica alle pratiche attuali sarà implementata in conformità alla Sezione 19-214.1 *e seguenti* del Codice del Maryland, in seguito a consultazione con il Direttore Finanziario e il Reparto Legale dell'Organizzazione. Come minimo, l'Organizzazione non adirà le vie legali contro un Paziente finché l'Organizzazione ha stabilito e implementato una politica di pagamento del piano che è conforme con le direttive emanate dallo Stato del Maryland.