



Titolo: Assistenza finanziaria del paziente	Data: 04/01//2016
	Sostituisce la versione del: 01/12/2015
Categoria: SYS.MIS.FAP	Approvato da: Consiglio BSHSI

## POLITICA

E' la politica di Bon Secours Health System, Inc. ("BSHSI") si impegna a garantire l'accesso ai servizi sanitari necessari per tutti. BSHSI tratta tutti i pazienti, sia assicurati che non assicurati, con dignità, rispetto e compassione per tutto le ammissioni, fornitura di servizi, adempimento, e processi di fatturazione e di incasso. Questa politica è redatta con l'intento di soddisfare le esigenze di cui alla sezione 501 (r) del Codice del Fisco del 1986, e sue modifiche, riguardante le politiche di assistenza finanziaria e di assistenza medica di emergenza, limitazioni sulle spese per le persone che possono beneficiare dell'assistenza finanziaria, e ragionevole fatturazione e tentativi di riscossione e dovrebbe essere interpretato di conseguenza.

## CAMPO DI APPLICAZIONE

Questa politica deve essere utilizzata datutte le strutture di trattamenti acuti e pronto soccorso indipendente BSHSI.

## DEFINIZIONI

Importi generalmente fatturati (AGB) - Gli importi generalmente fatturati indicano le somme generalmente a carico dei pazienti per servizi di emergenza e medicalmente necessari che hanno assicurazione per tali servizi. Le spese per i pazienti che possono beneficiare del contributo finanziario sono limitate a non più degli importi generalmente fatturati ("AGB") per tali servizi. Queste spese sono basate sugli importi in media consentiti da Medicare e contribuenti commerciali per cure di emergenza e altre cure medicalmente necessarie. Gli importi consentiti comprendono sia l'importo che l'assicuratore pagherà e l'importo, se del caso, del cui pagamento il soggetto è personalmente responsabile. L'AGB è calcolato utilizzando il metodo residuale secondo il 26 CFR §1.501 (r).

Insolvenza - un saldo del conto dovuto da un paziente o un garante che è ammortizzato come non esigibile.

Cosmetico - La chirurgia, in cui lo scopo principale è quello di migliorare l'aspetto.

Quota Ospedaliera sproporzionata (DSH) - Un ospedale che serve un elevato numero di pazienti a basso reddito e riceve pagamenti da parte dei Centri per servizi Medicaid e Medicare per coprire i costi per fornire assistenza ai pazienti non assicurati.

Servizi ammissibili - I servizi forniti dalle strutture BSHSI che possono beneficiare di questa politica di assistenza finanziaria devono comprendere:

- (A) Servizi medici di emergenza forniti in un pronto soccorso.
- (B) Servizi medici non elettivi forniti in risposta alle circostanze di pericolo di vita in un ambiente ospedaliero non di emergenza
- (C) Servizi medicalmente necessary.

Condizione mediche di emergenza - una condizione medica che si manifesta con sintomi acuti di gravità sufficiente (tra cui dolore grave) in modo tale che un profano prudente, con una conoscenza media della salute e della medicina, potrebbe ragionevolmente aspettarsi che l'assenza di cure mediche immediate provochi:

- (A) Pericolo grave per la salute di un soggetto o, nel caso di una donna incinta, la salute della donna o il nascituro;
- (B) Compromissione grave di funzioni corporee; o
- (C) Una grave disfunzione di un organo o parte del corpo.

Reddito familiare - Incassi lordi o mezzi equivalenti percepiti o forniti ad un soggetto. Le voci non considerate come reddito sono benefici non monetari e assistenza pubblica, come cibo e sussidi per la casa, e l'assistenza educativa.

Linee guida povertà federale - Il livello di povertà federale è utilizzato dal governo degli Stati Uniti per definire il livello di povertà di un paziente e la sua famiglia ai fini di questa politica. Si basa sul reddito monetario annuale di una famiglia, piuttosto che la sua ricchezza totale, il consumo annuale o la propria valutazione del benessere. Le linee guida della povertà vengono aggiornate ogni anno nel registro federale da parte del Dipartimento americano della Sanità e dei Servizi Umani in vigore al momento di tale determinazione.

Tariffa forfettaria - Una tariffa pre-determinata per alcuni servizi che i pazienti scelgono di avere che sono pagati dal paziente al momento della prestazione dei servizi.

Garante - Il paziente, badante, o ente responsabile del pagamento di una fattura di assistenza sanitaria.

Capo famiglia - Il soggetto indicato nella dichiarazione dei redditi come "capo famiglia".

Senza tetto - Un soggetto senza alloggio permanente che può vivere per la strada; soggiornare in un rifugio, missione, edificio abbandonato o un veicolo; o in qualsiasi altra situazione instabile o non permanente. Un soggetto può essere considerato senza tetto se la persona è "raddoppiato" con una serie di amici e / o membri della famiglia allargata per più di 90 giorni.

Membri del gruppo familiare ("a carico") - I soggetti "residenti" nella famiglia, che sono indicate nella dichiarazione dei redditi del capo famiglia.

Ammissibilità Medica Fornitore/ Patrocinio assistenza medica - Il venditore con contratto per il patrocinio da parte di BSHSI per l'esame dei pazienti per i programmi di governo e di assistenza finanziaria BSHSI.

Servizi medicalmente necessari - servizi sanitari necessari per prevenire, diagnosticare o trattare una patologia, infortunio, condizioni, malattia, o suoi sintomi e che soddisfano gli standard accettati della medicina. In una di queste circostanze, se la condizione produce sintomi debilitanti o effetti collaterali, allora è anche considerata medicalmente necessaria da curare.

Servizi non ammissibili - I seguenti servizi sanitari non sono ammissibili all'assistenza finanziaria prevista questa politica:

- (A) i servizi forniti a seguito di un incidente. Queste spese sono soggette a tutti gli strumenti giuridici necessari per garantire il pagamento di responsabilità civile di terze parti, anche se tali strumenti sono depositati dopo che l'ammissibilità iniziale per il programma di assistenza finanziaria del paziente è stata approvata. Se esiste la copertura di terze parti, BSHSI riscuoterà il saldo di quanto dovuto dal pagatore di terza parte. Se la copertura di terze parti non esiste, il paziente può fare domanda per l'assistenza finanziaria.
- (B) le procedure elettive non medicalmente necessarie come le procedure cosmetiche e triffa forfettaria e i pazienti con l'assicurazione che scelgono di non usare la loro assicurazione, attrezzature mediche durevoli, assistenza domiciliare, e farmaci da prescrivere.

#### Requisiti normative

Con l'implementazione di questa politica BSHSI deve rispettare tutte le altre leggi, norme e regolamenti federali, statali e locali che possono applicarsi alle attività svolte in base a questa politica.

### **PROCEDURA**

La motivazione di questa procedura è che BSHSI esamina in modo proattivo per identificare gli individui e i loro familiari che possono beneficiare di programmi di assicurazione sanitaria federale, statale o locale o del programma di assistenza finanziaria del paziente Bon Secours ("FAP"). L'applicazione di questa politica ad ogni singolo paziente è subordinata al completamento soddisfacente della domanda per l'assistenza finanziaria, con tutta la documentazione necessaria. Ogni paziente che rifiuta di completare in modo soddisfacente l'applicazione di assistenza finanziaria tra cui la documentazione di supporto non è ammissibile per l'assistenza finanziaria nell'ambito di questa politica (a condizione che il paziente ha ricevuto le notifiche previste dalla normativa ai sensi della Sezione 501 (r).

BSHSI si aspetta che tutti i pazienti siano esaminati per i programmi di assicurazione federali, statali o locali prima di essere esaminati per BSHSI FAP. I pazienti sono tenuti a collaborare e fornire informazioni adeguate e tempestive per BSHSI per ottenere l'assistenza finanziaria. Gli individui con la capacità finanziaria per acquistare l'assicurazione sanitaria devono essere incoraggiati a farlo, come un mezzo per garantire l'accesso ai servizi sanitari più ampi e per la loro salute personale in generale.

In certe situazioni, la legge statale applicabile può imporre obblighi aggiuntivi o diversi su strutture ospedaliere in tali Stati. L'intento di questa politica è quello di soddisfare sia i requisiti federali che i requisiti statali di legge in tali Stati. Di conseguenza, alcune disposizioni sono applicabili solo in alcuni stati come indicato di seguito.

#### 1. Criteri di ammissibilità

La concessione di assistenza finanziaria si baserà su una determinazione individuale di necessità finanziarie e non tiene conto di razza, religione, colore, sesso, età, stato civile, nazionalità, orientamento sessuale, identità di genere, le informazioni genetiche, stato di

veterano, la disabilità o qualsiasi altra caratteristica protetta dalla legge.

2. Importi addebitati ai pazienti

Il FAP fornisce assistenza finanziaria al 100% per i servizi ammissibili per i pazienti senza assicurazione e gli assicurati con un reddito familiare annuo lordo pari o inferiore al 200% delle attuali linee guida federali di povertà (FPG) rettificato annualmente. BSHSI offre anche una tariffa scontata per i pazienti il cui reddito lordo familiare è tra il 201% e il 400% del FPG.

3. AGB

Ad un individuo che ha diritto al FAP o un individuo privo di assicurazione non saranno addebitate spese superiori all'AGB per le cure di emergenza o altre cure medicalmente necessarie. BSHSI offre una riduzione per i pazienti non assicurati che non beneficiano dell'assistenza finanziaria. La quantità di riduzione offerta a questi individui è l'AGB. L'AGB è regolato ogni anno sul mercato e si basa sul metodo residual che utilizza Medicare e tariffe commerciali, compresi i co-pagamenti e le franchigie.

4. Presunta Ammissibilità

Ci sono casi in cui un paziente non assicurato può apparire come avente diritto al contributo finanziario, ma il paziente non ha fornito la documentazione di supporto necessaria per stabilire tale ammissibilità. In questi casi il reddito stimato di un paziente e/o gli importi del livello federale della povertà possono essere forniti da altre fonti, come le agenzie di credito, che potrebbero fornire prove sufficienti per giustificare la fornitura dell'assistenza finanziaria al paziente. L'ammissibilità presunta è determinata caso per caso e vale solo per quell'episodio di trattamento.

5. Periodo di ammissibilità

I pazienti possono richiedere l'assistenza finanziaria fino a 240 giorni dopo la prima data della fattura. Se il paziente è stato approvato per l'assistenza finanziaria la sua copertura è valida per 240 giorni prima e 240 giorni dopo la data di firma della domanda. I pazienti approvati per l'assistenza finanziaria che restituiscono i servizi durante il loro periodo di tempo di approvazione di 240 giorni saranno esaminati per programmi di assicurazione sanitaria federali, statali o locali per ogni visita. Il programma di assistenza finanziaria BSHSI non è un'assicurazione.

Sia i cittadini stranieri che i residenti permanenti sono ammissibili all'assistenza finanziaria. Tuttavia, i pazienti negli Stati Uniti su un visto saranno valutati per l'assistenza finanziaria caso per caso. Se un paziente su un visto è approvato per l'assistenza finanziaria, i tempi di approvazione saranno solo per questo episodio di trattamento, non 240 giorni prima o dopo la loro data di firma della domanda. I pazienti sono tenuti a fornire una copia del loro Visa e tutte le assicurazioni, informazioni finanziarie e/o di patrocinio.

6. Fornitori partecipanti

Alcuni servizi medici necessari e per la cura di emergenza sono erogati da fornitori non BSHSI che non sono dipendenti di BSHBI che possono fatturare separatamente per i servizi medici e che possono non avere adottato questa politica di assistenza finanziaria.

Questa politica è approvata dal Consiglio di Amministrazione BSHSI.

Per la fatturazione e la riscossione si veda la nostra politica di Fatturazione e Riscossioni.