

VIRTUA HEALTH

<u>TITOLO DEL MANUALE</u> PBS—CONTABILITÀ PAZIENTI		<u>NOME DELLA POLITICA</u> Politica di Assistenza Finanziaria		
<u>PROPRIETARIO DEL MANUALE</u> Contabilità Pazienti	<u>DATA DI EMISSIONE</u>	<u>DATA DELL'ULTIMA REVISIONE</u> 12/2015 11/2019 08/2024	<u>DATA DI REVISIONE</u> 12/2015 11/2019 , 08/2024	<u>DATA DI ENTRATA IN VIGORE</u> 12/2015
<u>INTERVALLO TRA REVISIONI</u> 12 mesi	<u>RIVISTO / APPROVATO DA:</u> Funzionari del Consiglio di Fondazione di Virtua Health			

1. Politica

Lo scopo della *Financial Assistance Policy* ("FAP", Politica di Assistenza Finanziaria) di Virtua è di assistere coloro che non hanno risorse finanziarie adeguate (compresa l'assicurazione sanitaria) per pagare per le cure ricevute da loro o da qualcuno di cui sono responsabili. La FAP di Virtua riguarda la fornitura di cure d'emergenza e altre cure necessarie dal punto di vista medico. Non riguarda procedure non necessarie dal punto di vista medico o procedure cosmetiche elettive. Di solito i pazienti che ricevono cure d'emergenza o altre cure necessarie dal punto di vista medico presso Virtua sono di solito visti anche da gruppi di medici privati o altri fornitori sanitari terzi mentre sono seguiti da Virtua. Vi preghiamo di fare riferimento all'Appendice A per un elenco di fornitori all'interno delle nostre strutture ospedaliere che forniscono servizi d'emergenza o altri servizi sanitari necessari dal punto di vista medico. L'appendice specifica quali fornitori sono coperti ai sensi della presente FAP e quali non lo sono. L'elenco di fornitori sarà rivisto ogni tre mesi e aggiornato, se necessario.

2. Programmi di assistenza finanziaria, ammissibilità, metodi per fare domanda e per procedure

Soggetta a limitazioni, l'assistenza finanziaria può essere disponibile tramite i programmi seguenti:

- a) Programmi governativi quali Medicaid e Social Security
- b) Il Hospital Care Payment Assistance Program ("HCPAP", Programma di Assistenza per il Pagamento di Cure Ospedaliere) dello Stato del New Jersey

La fonte dei finanziamenti per l'assistenza per il pagamento di cure ospedaliere è tramite il *Health Care Subsidy Fund* (Fondo di Sussidio Sanitario) gestito nel quadro della Legge Pubblica del New Jersey del 1997, Capitolo 263. L'approvazione HCPAP dà accesso a trattamenti gratuiti o scontati per pazienti che ricevono servizi ospedalieri o ambulatoriali presso ospedali per casi acuti in tutto lo Stato del New Jersey. Assistenza ospedaliera e trattamenti a prezzi ridotti sono disponibili solo per trattamenti d'emergenza necessari o per altri trattamenti necessari dal punto di vista medico.

I pazienti possono avere diritto al HCPAP se sono residenti del New Jersey che:

- i. non hanno alcuna copertura assicurativa o hanno una copertura che paga solo parte del conto ospedaliero (persone non assicurate o sottoassicurate);

- ii. non hanno diritto a copertura privata o sponsorizzata dal governo (per esempio, Medicaid); e
- iii. soddisfano i criteri d'ammissibilità relativi al reddito e al patrimonio elencati di seguito:

Criteri basati sul reddito: I pazienti con un reddito lordo familiare inferiore o pari al 200% delle *Federal Poverty Guidelines* ("FPG", Linee Guida Federali sulla Povertà) hanno diritto al 100% della copertura per cure caritatevoli. I pazienti con un reddito lordo familiare superiore al 200%, ma inferiore o pari al 300% delle FPG hanno diritto alle cure a prezzo scontato. Cure gratuite o spese parzialmente coperte saranno determinate utilizzando il Tariffario del Dipartimento della Sanità del New Jersey.

Criteri basati sul patrimonio: Il HCPAP comprende soglie d'ammissibilità legate al patrimonio che stabiliscono che il patrimonio individuale non può superare i \$7.500 e il patrimonio familiare non può superare i \$15.000.

Il HCPAP è anche disponibile per persone non residenti nel New Jersey che avessero bisogno di trattamenti medici immediati per una condizione medica d'emergenza.

I pazienti che desiderano fare domanda per il HCPAP devono presentare una Domanda di Partecipazione al *New Jersey Hospital Care Assistance Program* (Programma di Assistenza Ospedaliera del New Jersey), che comprende informazioni sulla famiglia/nucleo domestico, prova di residenza nel New Jersey (per esempio, patente di guida, tessera d'identità della contea), documentazione del reddito (per esempio, busta(e) paga, Modello W-2, dichiarazione della previdenza sociale) e del patrimonio (per esempio, estratti conto bancari). Qualora un paziente non avesse alcun reddito o patrimonio, una dichiarazione fornita dal paziente aggirerebbe la necessità di presentare la documentazione.

c) Sconto per le persone non assicurate del New Jersey (Legge Pubblica 2008, Capitolo 60)

Tutti i pazienti non assicurati, con un reddito lordo familiare inferiore al 500% delle FPG, avranno il diritto a cure a prezzi scontati sotto questo programma. Ai sensi di questo programma un paziente ammissibile non dovrà pagare una somma superiore al 115% del tasso di pagamento applicabile ai sensi del programma federale Medicare per i servizi sanitari resi.

d) NJ FamilyCare

NJ FamilyCare è il programma di assicurazione sanitaria dello Stato del New Jersey finanziato pubblicamente che comprende le popolazioni di espansione dei programmi CHIP, Medicaid e Medicaid. *NJ FamilyCare* è un programma di assicurazione sanitaria, finanziato dal governo federale e da quello statale, creato per aiutare residenti qualificati del New Jersey, di qualsiasi età, ad avere accesso a un'assicurazione sanitaria a un prezzo ragionevole. *NJ FamilyCare* è per coloro che non hanno un'assicurazione tramite il datore di lavoro.

L'ammissibilità finanziaria per individui che fanno richiesta di ammissibilità per *NJ FamilyCare* sarà basata sul loro *Modified Adjusted Gross Income* ("MAGI", Reddito Lordo Rettificato Modificato). Si possono trovare informazioni ulteriori sul sito: www.njfamilycare.org/default.aspx.

e) New Jersey Cancer Education and Early Detection ("NJCEED", Educazione sul cancro e sulla sua diagnosi precoce Stato del New Jersey)

Il programma NJCEED fornisce servizi di sensibilizzazione generale, educazione e screening per il cancro del seno, della cervice, colon rettile e della prostata.

Per essere ammissibile, un paziente non deve essere assicurato oppure deve essere sottoassicurato, e deve avere un reddito lordo familiare corrispondente al o sotto del 250% delle FPG. Si possono trovare ulteriori informazioni sul sito: www.nj.gov/health/cancer/njceed.

f) Il *Catastrophic Illness in Children Relief Fund* (Fondo di Solidarietà per Bambini con Malattie Catastrofiche)

Il *Catastrophic Illness in Children Relief Fund* fornisce assistenza finanziaria a famiglie di bambini con malattie catastrofiche.

Al fine di averne diritto, le spese ospedaliere devono superare il 10% del reddito lordo della famiglia, più il 15% di qualsiasi reddito oltre i \$100,000, il bambino deve aver avuto 21 anni o meno quando le spese mediche sono state sostenute e la famiglia deve aver vissuto nel New Jersey per i 3 mesi immediatamente prima della data della domanda. Lavoratori migranti possono essere ammissibili ma residenti temporanei non lo sono. Si possono trovare ulteriori informazioni sul sito: www.state.nj.us/humanservices/cicrf/home.

g) Il *Victims of Crime Compensation Office* (Ufficio di Indennizzo delle Vittime di Crimini) del New Jersey

Lo Stato del New Jersey ha stabilito il *Victims of Crime Compensation Office* dello Stato del New Jersey per indennizzare le vittime per le loro perdite e spese, comprese certe spese mediche, risultanti da certi atti criminali.

Al fine di avere diritto al *Victims of Crime Compensation Office* dello Stato del New Jersey, il crimine deve essere accaduto nel New Jersey o deve riferirsi a un residente del New Jersey che ne sia rimasto vittima al di fuori dello Stato, la vittima deve aver denunciato il crimine alla polizia entro 9 mesi e la vittima deve cooperare con le indagini e il procedimento penale del crimine. La denuncia deve essere presentata entro 3 anni dalla data del crimine e il paziente deve essere una vittima innocente del crimine. Si possono trovare ulteriori informazioni sul sito: www.nj.gov/oag/njvictims/index.html.

h) ABG

Ai sensi della Sezione IRC 501(r)(5), nel caso di cure d'emergenza o necessarie dal punto di vista medico, i pazienti ammissibili non dovranno pagare di più delle somme che sono generalmente addebitate a individui che hanno un'assicurazione che copre tale cure.

I pazienti possono avere diritto a questo sconto se non sono assicurati e hanno un reddito lordo familiare inferiore al 500% delle FPG. Inoltre, i pazienti sottoassicurati possono essere ammissibili se il loro reddito lordo familiare è superiore al 200%, ma inferiore o pari al 300% delle FPG.

i) Il *Charity Assistance Program* ("CAP", Programma di Assistenza Caritatevole) di Virtua

I pazienti non assicurati o che non hanno diritto al Medicaid e non hanno i requisiti per uno sconto del 100% ai sensi del HCPAP potrebbero avere diritto al CAP se sono cittadini degli Stati Uniti e il loro reddito lordo familiare non supera il 500% delle FPG. Coloro che hanno i requisiti per l'assistenza sotto il CAP riceveranno uno sconto dell'90% sulla somma addebitata per procedure d'emergenza o necessarie dal punto di vista medico.

Per fare domanda di assistenza finanziaria nel quadro del CAP bisogna presentare una domanda per il *Charity Assistance Program* di Virtua. I richiedenti CAP devono fornire informazioni sulla famiglia/nucleo

domestico come pure documenti comprovanti il reddito (vedere gli esempi di prove di reddito compresi nella Sezione 2(b), HCPAP).

Le Domande di Partecipazione al *Hospital Care Assistance Program* del New Jersey e al *Charity Assistance Program* di Virtua (“domande”) possono essere scaricate dal sito di Virtua, www.virtua.org, sotto *Charity Assistance Program* di Virtua.

Si possono ottenere copie cartacee delle domande telefonando al nostro ufficio di servizio clienti al numero verde (833)335-4010.

I pazienti hanno 365 giorni dalla data della prima fattura dopo la dimissione per presentare le domande completate, comprendenti i documenti richiesti.

Vi preghiamo di inviare le domande completate (con tutta la documentazione richiesta) a:

Virtua Patient Accounting
2000 Crawford Place, Suite 100
Mount Laurel, NJ 08054

Qualora arrivasse una domanda incompleta, Virtua fornirà al paziente un avviso scritto che descrive le informazioni e i documenti aggiuntivi che servono per decidere sull’ammissibilità alla FAP e per dare al paziente un periodo di tempo ragionevole (30 giorni) per fornire i documenti richiesti. Virtua fornirà al paziente anche una copia del *Plain Language Summary* (“PLS”, Riassunto in Linguaggio Chiaro) del presente FAP. Il PLS è una dichiarazione scritta tramite cui l’individuo viene informato che Virtua offre assistenza finanziaria sotto la FAP e fornisce informazioni aggiuntive in un linguaggio che è chiaro, succinto e di facile comprensione. Inoltre, Virtua, e qualsiasi terzo che agisca per conto di Virtua, sospenderà, per un periodo di tempo ragionevole, qualsiasi azione straordinaria di recupero crediti (“ECA”, *extraordinary collection action*) per ottenere il pagamento.

3. Base per il calcolo delle somme fatturate

Annualmente, Virtua stabilirà le percentuali AGB (*amounts generally billed*, importi generalmente fatturati) per le proprie strutture ospedaliere utilizzando il metodo *Look-back* (retroattivo). Le percentuali AGB sono calcolate dividendo la somma dei pagamenti Medicare pagabili a consumo + le denunce degli Assicuratori Sanitari Privati per le somme lorde addebitate che sono associate a tali richieste. Le percentuali AGB risultanti sono moltiplicate per gli addebiti lordi per procedure specifiche per determinare l’importo AGB.

Le percentuali AGB calcolate, come pure qualsiasi descrizione che accompagna i calcoli, sono disponibili su richiesta e gratuitamente telefonando al nostro ufficio di servizi per i clienti al numero verde (833)335-4010.

Ai sensi della Sezione IRC 501(r)(5), non sarà addebitato a un individuo ammissibile alla FAP più di un AGB per servizi d’emergenza e per altri servizi sanitari necessari dal punto di vista medico. L’AGB è l’importo massimo addebitato a qualsiasi individuo ammissibile per la FAP. Ai sensi della presente FAP, a un individuo ammissibile alla FAP verrà addebitato il valore minore tra l’AGB o qualsiasi altro tasso scontato a cui è ammissibile sotto la presente FAP.

4. Pubblicità diffusa della FAP

Il Dipartimento Contabilità Pazienti di Virtua farà di tutto per fornire assistenza finanziaria, in modo equo e consistente, compiendo ogni sforzo ragionevole per determinare se un individuo ha diritto ad assistenza finanziaria. Dal momento che Virtua deve fare quadrare i bisogni di assistenza finanziaria dei propri pazienti e la propria responsabilità fiscale più estesa, l’assistenza non è considerata come una sostituzione per la responsabilità

personale. E' inteso che individui che si ritengono abbiano i mezzi finanziari per pagare per le proprie cure lo facciano, e Virtua si riserva il diritto di intraprendere azioni legali ai sensi della legge per proteggere il proprio patrimonio in base alla necessità.

A beneficio dei nostri pazienti, la nostra FAP, le domande e il PLS sono disponibili sul sito di Virtua: www.virtua.org

Copie cartacee della FAP, delle domande e del PLS sono disponibili gratuitamente su richiesta presso le seguenti sedi pubbliche delle nostre strutture ospedaliere:

- Pronto Soccorso;
- Registrazione Pazienti Ambulatoriali; e - Registrazione Ricoveri.

Inoltre, si possono richiedere copie cartacee della FAP, delle domande e del PLS telefonando all'ufficio di servizi per i clienti di Virtua al numero verde (833)335-4010.

Virtua ha messo in evidenza informative in luoghi pubblici degli ospedali nello sforzo di notificare e informare i nostri pazienti e membri della comunità in merito all'assistenza finanziaria disponibile.

Virtua compirà ogni ragionevole sforzo per informare i membri della comunità in merito alla disponibilità di assistenza finanziaria.

Virtua offrirà una copia del PLS a tutti i pazienti quale parte del processo di ammissione o dimissione.

Nello sforzo di accomodare tutti all'interno dell'area dei servizi primari di Virtua, la FAP, le domande e il PLS sono tutti disponibili in lingua inglese e nella lingua primaria di persone con una conoscenza limitata dell'inglese (*limited proficiency in English, "LEP"*) che costituiscono il valore minore tra 1.000 individui o il 5% della comunità servita da Virtua.

5. Criteri di fatturazione e recupero crediti

Virtua rispetterà tutti i regolamenti e le disposizioni contrattuali concordate in merito alle proprie pratiche di fatturazione e recupero crediti. Il Dipartimento Contabilità Pazienti sarà responsabile per la fatturazione e di interessarsi per assicurare il ricevimento del pagamento da parte di tutti i clienti. Qualora, dopo il pagamento da parte della persona pagante avente la responsabilità principale per l'importo insoluto, vi fosse un saldo residuo (per esempio, una franchigia o importo coassicurativo), il saldo residuo sarà fatturato alla parte avente responsabilità secondaria per il saldo del cliente. Per quanto riguarda i pazienti che non sono assicurati o che non hanno una copertura assicurativa secondaria per saldi residui, Virtua non intraprenderà azioni straordinarie di recupero crediti (*Extraordinary Collection Actions, "ECA"*) contro un individuo per ottenere il pagamento per cure fintanto che sia stato compiuto ogni sforzo ragionevole per determinare se l'individuo ha diritto all'assistenza ai sensi della FAP di Virtua.

I conti di pazienti per cui non vi è alcuna copertura assicurativa sanitaria terzi identificata seguiranno il ciclo *selfpay* di recupero crediti e la parte responsabile verrà messa a conoscenza della disponibilità degli sconti offerti sotto la FAP.

Una volta ricevuta la domanda FAP completata, Virtua:

- a) sospenderà qualsiasi ECA contro l'individuo (qualsiasi terzo che agisca per conto di Virtua sospenderà pure qualsiasi ECA intrapresa);
- b) farà e documenterà in modo tempestivo una decisione di ammissibilità FAP; e
- c) informerà per iscritto la parte o individuo responsabile in merito alla decisione e le basi della decisione.

Se un paziente viene ritenuto ammissibile alla FAP, Virtua:

- i. fornirà una fattura indicante l'importo che l'individuo ammissibile alla FAP deve pagare, il modo in cui tale importo è stato determinato e come si possono ottenere informazioni relative all'AGB;
- ii. rimborserà qualsiasi pagamento in eccesso effettuato dall'individuo; e
- iii. terzi eseguiranno qualsiasi misura ragionevole per invertire qualsiasi ECA intrapresa contro i pazienti per recuperare il credito.

Qualsiasi conto insoluto rimanente dove non si stia procedendo a disposizioni di pagamento o che non sia in corso di approvazione per assistenza finanziaria sarà trasferito, alla fine del ciclo *self-pay* di recupero crediti definito (120 giorni dopo la data della prima fattura dopo la dimissione), a un'agenzia terza ("agenzia) di recupero crediti. Comunque, prima di tale trasferimento, si potrà ottenere una stima del reddito annuo della parte responsabile da un'agenzia di recupero crediti esterna. Se, in base al reddito stimato, si può valutare che l'individuo sarebbe ammissibile alla FAP, la riduzione degli addebiti sarà applicata e il saldo netto rimanente sarà trasferito a un'agenzia di recupero crediti. Inoltre, Virtua informerà l'individuo in merito alla base per la decisione della presunta ammissibilità alla FAP.

Il conto cliente rimarrà con l'agenzia per 180 giorni. Dopo tale periodo, in mancanza di un accordo per risolvere il saldo insoluto, Virtua, o qualsiasi terzo che agisca per suo conto, potrà intraprendere qualsiasi dei seguenti ECA:

- a) riferimento di informazioni avverse riguardanti l'individuo ad agenzie di verifica del credito dei consumatori o a uffici crediti;
- b) porre un vincolo sulla proprietà di un individuo;
- c) confisca o sequestro del conto bancario di un individuo o altra proprietà personale;
- d) avvio di azione civile contro un individuo; e
- e) pignoramento del salario di un individuo.

Virtua può autorizzare agenzie di recupero crediti e avvocati che lavorano per conto di Virtua ad avviare ECA su conti di pazienti insolventi dopo il periodo di notifica di 120 giorni. Virtua assicura che compirà sforzi ragionevoli per determinare se un individuo sia ammissibile all'assistenza finanziaria sotto la FAP e che le azioni seguenti sono state intraprese prima di avviare un'ECA:

1. Al paziente è stato fornito un avviso scritto (compreso in tutte le fatture) che:
 - indica la disponibilità di assistenza finanziaria per pazienti ammissibili;
 - identifica la/le ECA che Virtua intende avviare per ottenere il pagamento delle cure; e -
fissa un termine ultimo dopo il quale tali ECA possono essere avviate.

2. Il paziente ha ricevuto una copia del PLS con il terzo estratto conto a loro indirizzato; e
3. Sono stati fatti sforzi ragionevoli per informare verbalmente l'individuo in merito alla FAP e come l'individuo può ottenere assistenza con il processo di domanda di assistenza finanziaria.

Assicurazione terzi

1. Virtua invierà la fattura a Medicare e Medicaid;
2. Virtua invierà la fattura a tutte le assicurazioni terzi per conto del paziente. Gli assicuratori hanno 45 giorni per pagare prima che Virtua inizi a mettersi in contatto con i pazienti in merito al loro saldo assicurativo insoluto;
3. Virtua invierà la fattura a terzi che coprono richieste di risarcimento automobilistiche e dei lavoratori; e
4. I pazienti sono, infine, responsabili per le proprie fatture se nessun pagamento è ricevuto o proibito da contratto o regolamenti.

Non assicurati, insoluti e saldi *self-pay*

1. Servizi d'emergenza e urgenti per travagli e parti coperti sotto l'EMTALA (*Emergency Medical Treatment and Active Labor Act*, Legge sulle cure mediche d'emergenza e sul travaglio attivo) non sono soggetti al pagamento anticipato. Virtua non intraprenderà alcuna azione che scoraggi qualcuno nel cercare cure mediche d'emergenza, per esempio, chiedendo che i pazienti del pronto soccorso paghino prima di ricevere cure per condizioni mediche d'emergenza o permettendo attività di recupero crediti al pronto soccorso o in altre aree dove tali attività potrebbero interferire con la fornitura di cure d'emergenza su base non discriminatoria.
2. Il pagamento di franchigie, quote a carico del paziente e importi di coassicurazione sono dovuti al momento del servizio.
3. Il pagamento per servizi non coperti, non assicurati e di servizi "stile-di-vita" sono pagabili al momento del servizio (procedure stile-di-vita sono definite essere procedure non necessarie dal punto di vista medico, quali interventi cosmetici non riparativi).
4. I saldi di pazienti che non possono essere pagati prima del servizio e i saldi dovuti dopo il pagamento o rifiuto da parte dell'assicurazione devono essere risolti in uno dei modi seguenti:
 - a. Pagamento totale da fondi personali, carte di credito;
 - b. Pagamenti a termini di tempo limitato (vedere le norme sugli accordi di pagamento); oppure
 - c. Assistenza finanziaria approvata. (Vedere la FAP di Virtua)
5. Una volta che il saldo di un conto diventa di responsabilità del paziente, viene inviato un estratto per posta al paziente entro 3-5 giorni lavorativi. Questa data segna l'inizio del periodo di notifica. Il "periodo di notifica" è un periodo di 120 giorni in cui non può essere avviato alcun ECA contro il paziente.
6. A questo punto il venditore *self-pay* di Virtua inserirà una data di attivazione sul conto cliente al fine di iniziare il suo ciclo di fatturazione.

- a. Il paziente riceverà 3 lettere. Queste lettere includeranno le informazioni riguardanti le opzioni di pagamento suddette come pure la FAP di Virtua. Saranno fatte telefonate/tentativi nei confronti del paziente prima di inviare il conto cliente al recupero crediti. Questi passi faranno sì che tutti i conti clienti siano gestiti nello stesso modo;
 - b. Il trasferimento a un'agenzia di recupero crediti non avverrà per almeno 120 giorni dalla fattura iniziale post-dimissione al paziente;
 - c. Conti clienti con indirizzi errati e quelli relativi a pazienti deceduti possono essere trasferiti a un'agenzia di recupero crediti solo se ci sono documenti attestanti che sono state svolte ricerche sul conto cliente. Le procedure adeguate per indirizzi errati e pazienti deceduti senza famiglia/patrimonio devono essere seguiti e documentati sul conto cliente.
7. Prima di essere inoltrati a un'agenzia di recupero crediti, tutti i conti clienti d'individui non assicurati sono vagliati per ammissibilità in base al reddito in riferimento al CAP di Virtua. Se qualificati, i conti clienti vengono regolati in ribasso prima di essere inoltrati a un'agenzia di recupero crediti.