



Atlantic Health System

Politica amministrativa

Oggetto: assistenza finanziaria per pazienti a basso reddito, non assicurati e sottoassicurati

Data di entrata in vigore: 01/01/2021

Sostituisce **le politiche** datate: 01/01/2020

01/01/2019

01/01/2018

01/01/2017

01/01/2016

03/06/2015

Responsabilità primaria: Direttore - Servizi finanziari per i pazienti

I. Scopo:

Assicurare che tutti i pazienti ricevano i servizi di assistenza sanitaria essenziali necessari dal punto di vista medico e di emergenza forniti dalle strutture ospedaliere di Atlantic Health System, Inc. (“Atlantic Health System”) a prescindere della loro capacità di pagare. La presente politica si applica a tutti gli ospedali Atlantic Health System inclusi Morristown Medical Center, Overlook Medical Center, Chilton Medical Center, Newton Medical Center, Hackettstown Medical Center e Atlantic Rehabilitation Institute e a qualsiasi struttura Atlantic Health System designata come fornitore ai sensi del C.F.R. 42, Articolo 413.65.

II. Politica:

È politica di Atlantic Health System assicurare che tutti i pazienti ricevano i servizi di assistenza sanitaria di emergenza essenziali e altri necessari dal punto di vista medico forniti dalle proprie strutture ospedaliere a prescindere dalla capacità del paziente di pagare.

L'assistenza finanziaria è disponibile attraverso una varietà di programmi, come descritto nella sezione IV qui di seguito ai pazienti a basso reddito, non assicurati e sottoassicurati che altrimenti non hanno la capacità di pagare in tutto o in parte la fattura dell'ospedale. La presente politica si applica a tutte le strutture ospedaliere Atlantic Health System, come summenzionato, e a tutte le strutture Atlantic Health System designate come fornitore ai sensi dei regolamenti federali che disciplinano lo stato di fornitore nel C.F.R. 42, sezione 413.65.

Assistenza finanziaria e sconti sono disponibili solo per i servizi di assistenza sanitaria di emergenza o necessari dal punto di vista medico. Alcuni servizi, incluso a titolo esemplificativo e non esaustivo, onorari di medici e anestesisti, interpretazione radiologica e prescrizioni ambulatoriali, sono separati dalle spese ospedaliere e possono non essere inclusi nell'assistenza finanziaria attraverso Atlantic Health System. Un elenco di tutti i fornitori, diversi dalla struttura ospedaliera stessa, che forniscono assistenza di emergenza o necessaria dal punto di vista medico nella struttura ospedaliera, per struttura, che specifica quali fornitori sono coperti o meno dalla presente Politica di assistenza finanziaria ("FAP") si trova nell'Appendice A della presente FAP. L'elenco dei fornitori 2 verrà revisionato trimestralmente e aggiornato secondo necessità.

III. Generalità:

- A. Atlantic Health System fornisce servizi di assistenza sanitaria, per pazienti ospedalizzati e ambulatoriali, a tutti i residenti del New Jersey che necessitino di assistenza medica necessaria o di emergenza, a prescindere dalla capacità del paziente di pagare tali servizi e dal fatto se tali pazienti abbiano o meno diritto dell'assistenza finanziaria e in che misura ai sensi della presente FAP.
- B. Atlantic Health System non intraprenderà alcuna azione atta a scoraggiare i singoli dal richiedere assistenza medica di emergenza, come per esempio richiedendo che i pazienti del reparto emergenza paghino prima di ricevere il trattamento o permettendo attività di riscossione di debiti nel reparto di emergenza o altre aree laddove tali attività possano interferire con la fornitura di assistenza di emergenza su base non discriminatoria.
- C. La FAP di Atlantic Health System, la domanda di assistenza finanziaria e la sintesi semplificata ("PLS") sono disponibili online sul seguente sito Web:
<http://www.atlantichealth.org/financialassistance>
- D. La FAP di Atlantic Health System, la domanda di assistenza finanziaria e la PLS sono disponibili in lingua inglese e nella lingua primaria di popolazioni con limitate conoscenze della lingua inglese che costituiscano il numero minore tra 1.000 soggetti o il 5% della comunità servita nell'area di assistenza principale di ciascuna struttura ospedaliera. Le traduzioni di FAP, domanda di assistenza finanziaria e PLS sono

disponibili nelle lingue esposte nell'Appendice B della presente FAP. Verrà profuso ogni sforzo per assicurare che FAP, domanda di assistenza finanziaria e PLS vengano chiaramente trasmesse ai pazienti la cui lingua primaria non sia inclusa tra le traduzioni disponibili.

- E. Le copie cartacee di FAP, domanda di assistenza finanziaria e PLS sono disponibili su richiesta per via postale, a titolo gratuito, e vengono fornite in varie aree delle strutture ospedaliere incluso reparti accettazione ed emergenza e uffici di consulenza finanziaria elencati nel seguito. Le domande di assistenza finanziaria possono essere inoltrate di persona, via posta, fax o e-mail.

Uffici di consulenza finanziaria:

Morristown Medical Center: 100 Madison Avenue, Morristown, New Jersey 07960, Financial Counseling Office, Telefono: 973-971-8964

Overlook Medical Center: 99 Beauvoir Avenue, Summit, New Jersey 07901, Financial Counseling Office, Telefono: 908-522-4689

Chilton Medical Center: 97 West Parkway, Pompton Plains, New Jersey 07444, Financial Counseling Office, Telefono: 973-831-5113

Newton Medical Center: 175 High Street, Newton, New Jersey 07860, Financial Counseling Office, Telefono: 973-579-8407

Hackettstown Medical Center: 651 Willow Grove Street, Hackettstown, New Jersey 07840, Ufficio di assistenza finanziaria, telefono n. 908-850-6902

Atlantic Rehabilitation Institute: 100 Madison Avenue, Morristown, New Jersey 07960, Financial Counseling Office, Telefono: 973-971-8964.

- F. Se i pazienti necessitano di assistenza per ottenere le copie cartacee di FAP, domanda di assistenza finanziaria o PLS o occorre loro altro aiuto, possono contattare l'ufficio di assistenza alla clientela al numero 1-800-619-4024 o visitare o contattare uno degli uffici di consulenza finanziaria summenzionati.
- G. Segnaletica o affissioni verranno apposte in maniera visibile presso le sedi degli ospedali pubblici incluso aree accettazione, reparti emergenza e uffici di consulenza finanziaria per informare i pazienti della disponibilità dell'assistenza finanziaria.
- H. La PLS verrà offerta a tutti i pazienti come parte del processo di accettazione.

- I. Atlantic Health System si impegna a offrire assistenza finanziaria ai pazienti idonei che non abbiano la capacità di pagare integralmente o parzialmente i servizi di assistenza sanitaria necessari dal punto di vista medico e di emergenza. Al fine di conseguire tale obiettivo caritatevole, Atlantic Health System pubblicherà ampiamente la presente FAP, la domanda di assistenza finanziaria e la PLS nelle comunità che serve attraverso la collaborazione con i servizi sociali locali e gli enti senza fini di lucro.

- J. I pazienti o i loro rappresentanti possono richiedere assistenza finanziaria. I pazienti o i loro rappresentanti possono essere indirizzati ai consulenti finanziari da dipendenti di Atlantic Health System, medici curanti o altri. I consulenti finanziari spiegheranno i requisiti per i programmi di assistenza finanziaria disponibili e determineranno l'idoneità di un paziente a un programma di assistenza finanziaria disponibile. Ai pazienti che richiedono assistenza finanziaria verrà richiesto di compilare la domanda di assistenza finanziaria Atlantic Health System (incluse le pagine di certificazione) e di fornire la documentazione di supporto esposta nella domanda al fine di essere presi in considerazione per l'assistenza finanziaria. Su richiesta, verranno utilizzati materiali tradotti e interpreti per consentire una comunicazione significativa con i singoli individui che abbiano limitate conoscenze della lingua inglese.

- K. Un paziente non assicurato dispone di un max di 365 giorni successivi alla prima dichiarazione di fatturazione post-dimissione per l'invio di una domanda completa di assistenza finanziaria. Un paziente assicurato o sottoassicurato dispone di un max di 365 giorni a decorrere dalla prima dichiarazione di fatturazione post-dimissione che rifletta l'elaborazione da parte di un'assicurazione per inviare una domanda completa di assistenza finanziaria.

IV. Programmi di assistenza finanziaria:

I pazienti di Atlantic Health System possono qualificarsi per i programmi di assistenza gratuita o scontata ai sensi dei vari programmi descritti in calce. In ogni caso, si riterrà che Atlantic Health System abbia fornito assistenza finanziaria per un importo pari alle spese lorde per i servizi forniti, al netto degli importi pagati dal paziente o dall'assicurazione del paziente (eventuale) e di tutti i rimborsi o dei pagamenti di tali servizi da parte del governo. Atlantic Health System dichiarerà tali importi netti (soggetti all'applicazione di un rapporto costi-addebiti nei casi in cui l'assistenza finanziaria sia appropriatamente riportata in base ai costi invece che agli addebiti) come assistenza finanziaria fornita dall'organizzazione.

A. Programmi dello Stato del New Jersey:

1. Charity Care:

Il presente programma copre esclusivamente le spese ospedaliere per terapie intensive di servizi necessari dal punto di vista medico che sarebbero coperti ai sensi del programma statale Medicaid se il paziente fosse idoneo a Medicaid. L'ufficio di consulenza finanziaria effettuerà una determinazione dell'idoneità del richiedente entro non oltre dieci (10) giorni lavorativi successivi alla data di ricevimento della domanda iniziale completata. Se la domanda è incompleta (per es. una richiesta di prova di reddito/possesso di proprietà non viene soddisfatta o è inadeguata), verrà rilasciato un rifiuto scritto, che fornirà i dettagli della documentazione aggiuntiva necessaria ad ottenere l'approvazione. I richiedenti assicurati o sottoassicurati dispongono di un max di 365 giorni a decorrere dalla data della prima dichiarazione di fatturazione post-dimissione che rifletta l'elaborazione da parte di un'assicurazione per presentare nuovamente la domanda per Charity Care con la documentazione richiesta. I richiedenti assicurati o sottoassicurati dispongono di un max di 365 giorni a decorrere dalla data della prima dichiarazione di fatturazione post-dimissione che rifletta l'elaborazione da parte di un'assicurazione per presentare nuovamente la domanda per Charity Care con la documentazione richiesta. I pazienti idonei a Charity Care riceveranno assistenza gratuita o uno sconto sulle spese lorde, in conformità con le linee guida esposte nell'**Appendice C**.

I richiedenti non idonei potranno presentare nuovamente la domanda in data futura laddove richiedano servizi sanitari e le loro circostanze finanziarie siano mutate.

Charity Care è un programma statale disponibile per i residenti del New Jersey che:

- a. Non dispongono di copertura assicurativa sanitaria o dispongono di copertura che paga solo parte della fattura,
- b. Non hanno diritto ad alcuna copertura privata o sponsorizzata dal governo (come previdenza sociale (pensione e sussidio di disabilità); reddito previdenziale supplementare (SSI) accompagnato da Medicaid; o Medicaid), e
- c. Soddisfano i criteri di idoneità relativi a reddito e proprietà stabiliti dallo stato.

Criteri aggiuntivi richiesti per aver diritto al programma Charity Care:

- a. I pazienti verranno esaminati per il programma di Charity Care che copre il (i) 100% delle spese ospedaliere per pazienti con reddito familiare totale minore o uguale al 200% del livello di povertà federale e (ii) copre parzialmente le spese ospedaliere per pazienti con reddito familiare totale maggiore del 200% ma minore o uguale al 300% del livello di povertà federale conformemente alle linee guida che seguono nell'**appendice C**.
- b. I limiti di idoneità di Charity Care sono un limite individuale degli attivi di 7.500 dollari e un limite familiare degli attivi \$15.000. Per gli scopi del presente Articolo, i componenti della famiglia i cui beni devono essere considerati sono definiti in N.J.A.C. 10:52-11.8(a) come segue. La dimensione della famiglia per un richiedente adulto include il/la coniuge del richiedente, tutti i figli minori a proprio carico e gli adulti di cui il richiedente sia legalmente responsabile. La dimensione della famiglia per un richiedente minorenne include entrambi i genitori, il/la coniuge di un genitore, i fratelli minorenni e tutti gli adulti della famiglia di cui il genitore o i genitori siano legalmente responsabile. Qualora un richiedente documenti di essere stato abbandonato dal coniuge o da un genitore, tale genitore o coniuge non verrà incluso nel nucleo familiare. Una donna incinta viene conteggiata come due componenti della famiglia.

La documentazione richiesta dalla Sezione Charity Care del Manuale dei servizi ospedalieri, N.J.A.C. 10:52 et seq., include:

- a. Documenti di identificazione appropriati di familiari e pazienti. Tali documenti possono includere quanto segue: patente di guida, tesserino di previdenza sociale, carta di registrazione per stranieri, certificato di nascita, busta paga, passaporto, visto, ecc.
- b. Documenti comprovanti la residenza in New Jersey in data del servizio (nota: in determinate circostanze, l'assistenza di emergenza è un'eccezione al requisito di residenza). Tali documenti possono includere quanto segue: patente di guida, certificato elettorale, tessera sindacale, assicurazione o tessera previdenziale, tesserino studentesco, bollette di utenze, dichiarazione dei redditi federale, dichiarazione dei redditi statale o dichiarazione di sussidio di disoccupazione.
- c. Documenti comprovanti il reddito lordo. Tali documenti includono il dettaglio richiesto dall'ospedale per determinare il reddito lordo del paziente (uno dei seguenti).
 - I. Reddito lordo effettivo per i 12 mesi precedenti i servizi.

- II. Reddito lordo effettivo per i 3 mesi precedenti i servizi.
- III. Reddito lordo effettivo per il mese immediatamente precedente i servizi

d. Documenti attestanti il possesso di beni in data del servizio. Tali beni consistono in attivi prontamente convertibili in liquidità quali azioni, obbligazioni, IRA, CD, conti correnti e libretti di risparmio o ipoteche su una residenza non primaria.

2. Idoneità all'assistenza scontata ai sensi di N.J.S.A. 26:2H-12.52:

I pazienti non assicurati residenti nel New Jersey con reddito lordo familiare inferiore al 500% del livello di povertà federale saranno idonei a ricevere assistenza scontata in conformità con l'Articolo IV.C. del FAP. I requisiti di documentazione applicabili a Charity Care ed esposti nell'Articolo A.1. di cui sopra si applicano alla determinazione di idoneità ai sensi del presente Articolo, salvo se la soglia di attivi familiare e individuale non sia applicabile all'idoneità all'assistenza scontata ai sensi del presente Articolo.

3. Programma Catastrophic Illness in Children Relief Fund:

Il programma Catastrophic Illness in Children Relief Fund (Fondo per l'assistenza a bambini con malattie gravi) dello Stato del New Jersey fornisce assistenza finanziaria alle famiglie di bambini con una malattia grave. Le informazioni su idoneità, spese rimborsabili e domanda di assistenza si possono trovare all'indirizzo <http://www.state.nj.us/humanservices/cicrf/home/>.

4. Ufficio New Jersey Victims of Crime Compensation:

Lo Stato del New Jersey ha istituito l'ufficio New Jersey Victims of Crime Compensation (Risarcimento vittime di reato del New Jersey) per risarcire le vittime di reato delle perdite e spese, incluse determinate spese mediche, risultanti da determinate azioni criminali. Le informazioni su idoneità, spese rimborsabili e domanda di assistenza si possono trovare all'indirizzo <http://www.nj.gov/oag/njvictims/application.html>

B. Auto-finanziamento:

1. Residenti nello Stato del New Jersey

Ai pazienti non assicurati non aventi diritto al Charity Care o a nessun altro tipo di programmi di assistenza finanziaria federale o statale, verrà addebitato quanto segue:

- i. Pazienti ospedalizzati: ai pazienti ospedalizzati che ricevono trattamenti necessari dal punto di vista medico verrà addebitata l'aliquota appropriata Medicare DRG maggiorata del 15% per il servizio ricevuto.
- ii. Pazienti ambulatoriali: Ai pazienti che servizi ambulatoriali presso il Morristown Medical Center e presso l'Overlook Medical Center verrà applicata una tariffa scontata del 40% sulle spese mediche. I pazienti del Newton Medical Center ricevono uno sconto dell'88%, i pazienti ambulatoriali del Chilton Medical Center ricevono uno sconto dell'82,4% e quelli dell'Hackettstown Medical Center dell'89%.

2. Pazienti provenienti da altri Stati e stranieri

- a. Pazienti ospedalizzati: ai pazienti ospedalizzati che ricevono trattamenti necessari dal punto di vista medico verrà addebitata l'aliquota appropriata Medicare DRG maggiorata del 25% per il servizio ricevuto.
- b. Pazienti ambulatoriali: Ai pazienti che servizi ambulatoriali presso il Morristown Medical Center e presso l'Overlook Medical Center verrà applicata una tariffa scontata del 40% sulle spese mediche. I pazienti del Newton Medical Center ricevono uno sconto dell'88%, i pazienti ambulatoriali del Chilton Medical Center ricevono uno sconto dell'82,4% e quelli dell'Hackettstown Medical Center dell'89%.

C. Importi generalmente fatturati

I pazienti non assicurati residenti in New Jersey con reddito familiare lordo inferiore al 500% del livello di povertà federale che non si qualificano per i programmi di assistenza finanziaria federali o finanziati dallo stato (ad eccezione di Charity Care) riceveranno uno sconto applicato al loro conto conformemente alla Sezione IV Previa presentazione di domanda per assistenza finanziaria e qualora un paziente si qualifichi per l'assistenza finanziaria ai sensi del presente Articolo, verrà addebitata l'aliquota minore AGB o l'aliquota appropriata Medicare maggiorata del 15%.

Atlantic Health System ha scelto di utilizzare il metodo di calcolo retrospettivo (Look-Back) per ogni rispettiva struttura ospedaliera. Le percentuali AGB (per struttura ospedaliera) sono:

Morristown Medical Center: 25.5%

Overlook Medical Center: 26.4%

Chilton Medical Center: 19.4%

Newton Medical Center: 13.5%
Hackettstown Medical Center 17.8%

In conformità con l'Articolo 501 dell'Internal Revenue Code (r), ciascuna struttura ospedaliera ha utilizzato il metodo Look-Back per calcolare la rispettiva percentuale AGB. Le percentuali AGB sono state calcolate sulla base di tutti i crediti ammessi in un periodo di 12 mesi divisi per gli oneri lordi associati con questi crediti. Per tutte le strutture ospedaliere è stato selezionato il seguente pagamento misto: tariffa per servizi Medicare + tutte le assicurazioni sanitarie private.

Le percentuali AGB saranno aggiornate annualmente entro centoventi (120) giorni dalla fine dell'anno solare. Se la percentuale AGB calcolata fornisce un importo **inferiore** all'importo dovuto dal paziente, il paziente sarà responsabile esclusivamente per l'importo calcolato ai sensi di AGB.

Se la percentuale AGB calcolata fornisce un importo **superiore** all'importo dovuto dal paziente, il paziente sarà responsabile per l'importo calcolato ai sensi dei programmi di assistenza finanziaria descritti in precedenza.

V. **Politica di fatturazione e riscossione**

Il presente Articolo espone le politiche e procedure di fatturazione e riscossione di Atlantic Health System e spiega le azioni che potrebbero essere intraprese se una fattura di assistenza medica non viene pagata, inclusa una fattura per il saldo restante dopo l'applicazione degli sconti di assistenza finanziaria. Alle agenzie di riscossione e agli avvocati agenti per conto di Atlantic Health System verrà fornita una copia della presente FAP.

Ciascuna dichiarazione di fatturazione includerà una nota ben visibile concernente la disponibilità di assistenza finanziaria insieme al numero di telefono dell'Ufficio di consulenza finanziaria della struttura ospedaliera specifica, presso cui un paziente può ricevere informazioni sulla FAP e assistenza per la domanda di assistenza finanziaria. La dichiarazione di fatturazione includerà anche l'indirizzo del sito Web su cui si possono ottenere le copie di FAP, domanda di assistenza finanziaria e PLS.

- A. Periodo di notifica: Atlantic Health System fatturerà ai pazienti tutti i saldi in sospeso non appena confermati. Per i pazienti non assicurati, la prima dichiarazione di fatturazione post-dismissione contrassegnerà l'inizio del periodo di notifica di 120 giorni in cui non potrà essere avviata nei confronti del paziente alcuna azione di riscossione straordinaria ("ECA") definita in calce. Per pazienti non assicurati o sottoassicurati, la prima dichiarazione di fatturazione post-dismissione che rifletta l'elaborazione di un'assicurazione contrassegnerà l'inizio del periodo di notifica di 120 giorni in cui non verrà avviata alcuna ECA nei confronti del paziente ("il periodo di notifica di 120 giorni").

- B. Qualora un paziente sia inadempiente nei pagamenti, verrà inviata una notifica al paziente con l'offerta di discutere la fattura per determinare se sia necessaria assistenza finanziaria o un piano di pagamento nuovo o revisionato. Atlantic Health System può venire incontro a pazienti che richiedano e stabiliscano piani di pagamento.
- C. Quando nessun pagamento viene ricevuto al termine del periodo di notifica di 120 giorni e il paziente non ha richiesto assistenza finanziaria né ha disposto un piano di pagamento alternativo presso l'ufficio di consulenza finanziaria o l'ufficio di assistenza alla clientela della struttura ospedaliera, il conto del paziente viene deferito a un'agenzia di riscossione. Atlantic Health System informerà il paziente per iscritto che il conto del paziente verrà deferito a un'agenzia di riscossione se non viene ricevuto alcun pagamento entro 10 giorni (la "Notifica finale"). La Notifica finale informerà il paziente che l'assistenza finanziaria è disponibile per i pazienti idonei e includerà un numero di telefono per l'ufficio di consulenza finanziaria della struttura ospedaliera specifica in cui un paziente potrà ricevere informazioni sulla FAP e assistenza per il processo di domanda di assistenza finanziaria. La fattura includerà anche l'indirizzo del sito Web su cui si possono ottenere le copie di FAP, domanda di assistenza finanziaria e PLS.
- D. Atlantic Health System può autorizzare agenzie di riscossione e avvocati operanti per conto di Atlantic Health System (una "Terza parte") per avviare ECA in relazione a conti di pazienti morosi dopo il periodo di notifica di 120 giorni. Una volta deferito il conto a una Terza parte, la Terza parte confermerà che sforzi ragionevoli siano stati profusi per determinare se un paziente sia idoneo all'assistenza finanziaria ai sensi della FAP e che le seguenti azioni siano state intraprese prima di avviare un'ECA:
1. Al paziente è stata fornita una notifica scritta (la "Lettera dei 30 giorni") che: (a) indica che l'assistenza finanziaria è disponibile per pazienti idonei; (b) identifica la/le ECA che la Terza parte intende avviare per ottenere il pagamento dell'assistenza; e (c) indica una scadenza dopo la quale tale ECA potrà essere avviata (la scadenza non può essere prima dei 30 giorni successivi alla data di fornitura della notifica);
 2. La Lettera dei 30 giorni include una copia della sintesi semplificata della FAP; e
 3. Atlantic Health System e/o la Terza parte hanno adottato sforzi ragionevoli per notificare oralmente al paziente la FAP e il modo in cui il paziente può ottenere assistenza con il processo di domanda di assistenza finanziaria
- E. Una volta confermato che sono stati profusi sforzi ragionevoli per determinare se un paziente sia idoneo all'assistenza finanziaria ai sensi di FAP, le Terze parti potranno avviare le seguenti ECA nei confronti di un paziente per ottenere il pagamento dell'assistenza.

1. Azioni che richiedono un processo legale o giudiziario, incluso a titolo esemplificativo e non esaustivo:
 - a. Imporre un vincolo su una proprietà del paziente, salvo se altrimenti previsto in I.R.C. Articolo 501(r);
 - b. Sottoporre il conto bancario di un paziente a sequestro conservativo o confisca;
 - c. Avviare un'azione civile nei confronti del paziente;
 - d. Pignorare lo stipendio del paziente.
 2. Le ECA non includono vincoli sui proventi da sentenze per lesioni personali, composizioni o compromessi o istanze di fallimenti.
- F. Qualora venga ricevuta una domanda di assistenza finanziaria incompleta, Atlantic Health System fornirà al paziente una notifica scritta che descriva le informazioni aggiuntive o la documentazione richiesta per l'esecuzione della determinazione dell'idoneità FAP. Atlantic Health System informerà le Terze parti che è stata inviata una domanda di assistenza finanziaria incompleta e le Terze parti sospenderanno qualsivoglia ECA finalizzata ad ottenere il pagamento dell'assistenza per un periodo di 30 giorni.
- G. Qualora venga ricevuta una domanda di assistenza finanziaria completa, Atlantic Health System accerterà che abbia luogo quanto segue:
1. L'ECA nei confronti del paziente verrà sospesa;
 2. Una determinazione di idoneità verrà effettuata e documentata in maniera tempestiva;
 3. Atlantic Health System notificherà al paziente per iscritto la determinazione e la base per la determinazione;
 4. Verrà fornita una dichiarazione di fatturazione aggiornata che indicherà l'importo dovuto dal paziente idoneo FAP (se applicabile), in che modo l'importo sia stato determinato e la percentuale AGB applicabile;
 5. Qualsiasi importo pagato in eccesso rispetto all'importo dovuto dal paziente idoneo FAP verrà rimborsato di conseguenza (se applicabile); e
 6. Le Terze parti adotteranno tutte le misure ragionevoli a disposizione per annullare qualsiasi ECA adottata nei confronti del paziente per riscuotere il debito come per esempio chiedere l'annullamento di una sentenza o rimuovere un pegno o prelievo.
- H. Qualora qualsiasi struttura ospedaliera effettui una determinazione di idoneità presumibile si richiede quanto segue:

1. Se viene presumibilmente determinato che un paziente è idoneo per un'assistenza inferiore al massimo disponibile ai sensi della FAP, Atlantic Health System:
 - a. Notificherà al paziente la base della determinazione presumibile di idoneità FAQ e spiegherà in che modo richiedere un'assistenza maggiore;
 - b. Fornirà al paziente un periodo di tempo ragionevole per richiedere un'assistenza maggiore prima di autorizzare l'avvio di ECA per ottenere l'importo scontato calcolato;
 - c. Rideterminerà lo stato di idoneità FAP del paziente qualora venga ricevuta una domanda di assistenza finanziaria completa.

Riferimenti:

Internal Revenue Service, 26 CFR Parts 1, 53, and 602, Additional Requirements for Charitable Hospitals; Community Health Needs Assessments for Charitable Hospitals; Requirement of a Section 4959 Excise Tax Return and Time for Filing the Return; Final Rule; N.J.S.A. 26:2H-12.52; N.J.A.C. 10:52

Brian Gragnolati, Presidente/CEO Data
Atlantic Health System, Inc. Pagina 10 di 13

APPENDICE A

ELENCO DI FORNITORI

La Politica di assistenza finanziaria (“FAP) di Atlantic Health System, Inc. (“Atlantic Health System”) si applica all’assistenza di emergenza o ad altre cure mediche necessarie fornite in un ospedale Atlantic Health System o in una struttura ambulatoriale designata come fornitore che sono fatturate da AHS Hospital Corp., una società affiliata di Atlantic Health System.

La FAP si applica anche all’assistenza di emergenza o ad altre cure mediche ospedaliere necessarie fornite in un ospedale Atlantic Health System da medici di Practice Associates Medical Group, P.A. d/b/a Atlantic Medical Group (“AMG”). La FAP non si applica alle tariffe professionali fatturate da medici AMG per cure fornite al di fuori di un ospedale Atlantic Health System.

ALTRI FORNITORI POTREBBERO PARTECIPARE ALLA SUA ASSISTENZA NEGLI OSPEDALI E STRUTTURE AMBULATORIALI ATLANTIC HEALTH SYSTEM. SE QUEI FORNITORI NON SONO SPECIFICATAMENTE ELENCATI SOPRA, SIGNIFICA CHE NON SEGUONO LA POLITICA DI ASSISTENZA FINANZIARIA DI ATLANTIC HEALTH SYSTEM. QUEI FORNITORI EMETTERANNO UNA FATTURA SEPARATA E PERTANTO DOVRÀ ADOTTARE LE LORO DISPOSIZIONI RELATIVE AL PAGAMENTO.

Questo elenco di fornitori verrà rivisto e aggiornato trimestralmente, se necessario. Per assistenza e domande riguardanti la FAP o questo elenco di fornitori, chiamare l'ufficio di assistenza alla clientela al numero 1-800-619-4024. Pagina 11 di 12

APPENDICE B

Le traduzioni di FAP, domanda di assistenza finanziaria e PLS sono disponibili in inglese e nelle lingue seguenti:

Arabo
Armeno
Cinese
Francese creolo
Greco
Gujarati
Hindi
Italiano
Giapponese
Coreano
Polacco
Portoghese
Russo
Serbo-croato
Spagnolo
Tagalog

CRITERI RELATIVI AL REDDITO
CRITERI DI IDONEITÀ PER CHARITY CARE E CHARITY CARE RIDOTTA
Data di validità: lunedì 17 marzo 2020

Il paziente deve soddisfare i criteri relativi a reddito e possesso di beni

CRITERI RELATIVI AL REDDITO

Percentuale di oneri pagati dal paziente quando
il reddito annuale lordo rientra nei seguenti intervalli

	Il paziente paga lo 0% degli oneri	Il paziente paga il 20% degli oneri	Il paziente paga il 40% degli oneri	Il paziente paga il 60% degli oneri	Il paziente paga il 80% degli oneri	Il paziente paga il 100% degli oneri
Dimensioni nucleo familiare	<=200%	>200<=225%	>225<=250%	>250<=275%	>275<=300%	>300%
1	\$25,520 o inferiore	\$25,521 A \$28,710	\$28,711 A \$31,900	\$31,901 A \$35,090	\$35,091 A \$38,280	\$37,281 o superiore
2	\$38,480 o inferiore	\$38,481 A \$38,790	\$38,791 A \$43,100	\$43,101 A \$47,410	\$47,411 A \$51,720	\$51,721 o superiore
3	\$43,440 o inferiore	\$43,441 A \$48,870	\$48,871 A \$54,300	\$54,301 A \$59,730	\$59,731 A \$65,160	\$65,161 o superiore
4	\$52,400 o inferiore	\$52,401 A \$58,950	\$58,951 A \$65,500	\$65,501 A \$72,050	\$72,051 A \$78,600	\$78,601 o superiore
5	\$61,360 o inferiore	\$61,361 A \$69,030	\$69,031 A \$76,700	\$76,701 A \$84,370	\$84,371 A \$92,040	\$92,041 o superiore
6	\$70,320 o inferiore	\$70,321 A \$79,110	\$79,111 A \$87,900	\$87,901 A \$96,690	\$96,691 A \$105,480	\$105,481 o superiore
7	\$79,280 o inferiore	\$79,281 A \$89,190	\$89,191 A \$99,100	\$99,101 A \$109,010	\$109,011 A \$118,920	\$118,921 o superiore
8	\$88,240 o inferiore	\$88,241 A \$99,270	\$99,271 A \$110,300	\$110,301 A \$121,330	\$121,331 A \$132,360	\$132,361 o superiore
Per nuclei familiari di oltre 8 membri, aggiungere gli importi seguenti all'importo superiore in ciascuna colonna per ogni componente aggiuntivo.						
	\$8,960	\$10,080	\$11,200	\$12,320	\$13,440	
*Una donna incinta viene conteggiata come 2 membri della famiglia.						

Se i pazienti appartenenti alla scala di spese decrescente dal 20% all'80% sono responsabili di spese mediche qualificate pagate direttamente in eccesso del 30% rispetto al proprio reddito annuale lordo (ossia fatture non pagate da altre parti), l'importo in eccesso del 30% viene considerato assistenza al pagamento ospedaliero (assistenza caritatevole).

CRITERI RELATIVI AI BENI

I beni di un singolo individuo non possono superare i 7.500 dollari e i beni della famiglia non possono superare i 15.000 dollari.

Marzo 2020