



Atlantic Health System

Politica amministrativa

Oggetto: Assistenza finanziaria per pazienti con Basso Reddito, Non Assicurati e Sottoassicurati

Data di entrata in vigore: 01/26/2023

Responsabilità principale: Direttore – Servizi finanziari per i Pazienti

I. Scopo:

Garantire che tutti i pazienti possano ricevere servizi essenziali di emergenza e altri servizi medico sanitari necessari forniti dalle strutture ospedaliere di Atlantic Health System, Inc. ("Atlantic Health System") indipendentemente dalla loro solvibilità. La presente politica si applica a qualsiasi ospedale di Atlantic Health System, inclusi Morristown Medical Center, Overlook Medical Center, Chilton Medical Center, Newton Medical Center, Hackettstown Medical Center e qualsiasi struttura di Atlantic Health System designata come fornitore ai sensi del 42 C.F.R. 413.65.

II. Politica:

La politica di Atlantic Health System garantisce che i pazienti possano ricevere servizi essenziali di emergenza e altri servizi medico sanitari necessari forniti dalle sue strutture ospedaliere indipendentemente dalla solvibilità del paziente. L'assistenza finanziaria è disponibile attraverso un'ampia varietà di programmi, come descritto nella seguente Sezione IV, per quei pazienti con basso reddito, non assicurati e sotto assicurati, che altrimenti non avrebbero la possibilità di pagare del tutto o in parte le spese ospedaliere. Come riportato sopra, la presente politica si applica a qualsiasi struttura ospedaliera di Atlantic Health System e a qualsiasi struttura di Atlantic Health System designata come fornitore in base alle normative federali che regolamentano lo stato di fornitore ai sensi del 42 C.F.R. 413.65.

Assistenza finanziaria e sconti sono disponibili solo per servizi di emergenza o altri servizi medici sanitari necessari. Alcuni servizi, inclusi ma non limitati a, onorari del medico, onorari di anesthesiologia, interpretazione radiografica e prescrizioni ambulatoriali sono distinti dalle spese ospedaliere e potrebbero non essere idonei all'assistenza finanziaria fornita da Atlantic Health System. Un elenco di tutti i fornitori, diversi dalla struttura ospedaliera stessa, che forniscono cure di emergenza o altre cure mediche necessarie nella struttura ospedaliera, in ordine di struttura, specificando quali fornitori sono coperti dalla presente Politica di Assistenza Finanziaria (Financial Assistance Policy "FAP") e quali non lo sono, è disponibile nell'Appendice A della presente FAP. L'elenco 2 dei fornitori verrà rivisto trimestralmente e, se necessario, aggiornato.

III. Descrizione generale:

- A. Atlantic Health System si impegna a fornire servizi sanitari, ospedalieri e ambulatoriali a tutti i residenti del New Jersey che necessitano di cure di emergenza o necessarie dal punto di vista medico, indipendentemente dalla solvibilità del paziente per tali servizi e indipendentemente da se e in quale misura detti pazienti possano beneficiare dell'assistenza finanziaria ai sensi della presente FAP.

- B. Atlantic Health System si impegna a non intraprendere alcuna azione che scoraggi le persone dal richiedere cure mediche di emergenza, ad esempio chiedendo che i pazienti del pronto soccorso paghino prima di ricevere il trattamento o consentendo attività di recupero crediti in pronto soccorso o in altre aree in cui tali attività potrebbero interferire con la fornitura di cure di emergenza su base non discriminatoria.
- C. La FAP, la domanda di assistenza finanziaria e il Riepilogo in linguaggio semplice (Plain Language Summary "PLS") di Atlantic Health System sono disponibili online sul seguente sito web: <http://www.atlantichealth.org/financialassistance>
- D. La FAP, la domanda di assistenza finanziaria e il PLS di Atlantic Health System sono disponibili in inglese e nelle lingue madre delle popolazioni con scarsa conoscenza dell'inglese costituite da almeno 1.000 soggetti o da almeno il 5% della comunità servita dall'area di assistenza principale di ciascuna struttura ospedaliera. Traduzioni della FAP, della domanda di assistenza finanziaria e del PLS sono disponibili nelle lingue indicate nell'Appendice B della presente FAP. Verrà compiuto ogni sforzo per garantire che FAP, domanda di assistenza finanziaria e PLS siano chiaramente comunicati ai pazienti le cui lingue madre non sono incluse tra le traduzioni disponibili.
- E. Copie cartacee di FAP, domanda di assistenza finanziaria e PLS sono disponibili su richiesta per mezzo postale, gratuitamente, e sono fornite in varie aree delle strutture ospedaliere, inclusi i reparti di ricovero, reparti di emergenza e uffici di consulenza finanziaria elencati di seguito. Le domande di assistenza finanziaria possono essere presentate di persona per posta, per fax o per e-mail.

Uffici di Consulenza Finanziaria:

Morristown Medical Center: 100 Madison Avenue, Morristown, New Jersey 07960, Financial Counseling Office, N. di telefono 973-971-4967

Overlook Medical Center: 99 Beauvoir Avenue, Summit, New Jersey 07901, Financial Counseling Office, N. di telefono 908-522-4689

Chilton Medical Center: 97 West Parkway, Pompton Plains, New Jersey 07444, Financial Counseling Office, N. di telefono 973-831-5435

Newton Medical Center: 175 High Street, Newton, New Jersey 07860, Financial Counseling Office, N. di telefono 973-579-8407

Hackettstown Medical Center: 651 Willow Grove Street, Hackettstown, New Jersey 07840, Financial Counseling Office, N. di telefono 908-850-6902

- F. Se i pazienti hanno bisogno di assistenza per ottenere copie cartacee della FAP, della domanda di assistenza finanziaria o del PLS, oppure se necessitano di altra assistenza, possono contattare il Servizio Assistenza Clienti al numero 1-800-619-4024 oppure visitare o contattare gli Uffici di Consulenza Finanziaria sopra elencati.
- G. Segnaletica o monitor informativi saranno affissi in posizioni in evidenza degli ospedali pubblici, tra cui aree di ricovero, reparti di emergenza e Uffici di Consulenza Finanziaria, per comunicare e informare i pazienti sulla disponibilità dell'assistenza finanziaria.
- H. Il PLS verrà proposto a tutti i pazienti come parte della procedura di ammissione.
- I. Atlantic Health System si impegna a offrire assistenza finanziaria ai pazienti idonei che non hanno la possibilità di pagare, del tutto o in parte, per i servizi sanitari d'emergenza e altri servizi medico sanitari necessari. Al fine di raggiungere questo obiettivo benefico, Atlantic Health System si impegna a pubblicizzare ampiamente la presente FAP, la domanda di

assistenza finanziaria e il PLS nelle comunità che assiste attraverso collaborazioni con i servizi sociali locali e le agenzie senza scopo di lucro.

- J. L'assistenza finanziaria può essere richiesta dai pazienti o da loro rappresentanti. I pazienti o i loro rappresentanti possono essere indirizzati a consulenti finanziari da dipendenti di Atlantic Health System, medici curanti o altre persone. I consulenti finanziari spiegheranno i requisiti per i programmi di assistenza finanziaria disponibili e determineranno se un paziente è idoneo per uno dei programmi di assistenza finanziaria disponibili. I pazienti che fanno richiesta di assistenza finanziaria, per essere presi in considerazione per detta assistenza, sono tenuti a compilare la domanda di assistenza finanziaria di Atlantic Health System (comprese le pagine di certificazione) e fornire la documentazione di supporto indicata nella domanda. Secondo necessità, verranno impiegati materiali tradotti e interpreti per garantire una comunicazione significativa con persone che hanno conoscenza limitata dell'inglese.
- K. Un paziente non assicurato ha tempo fino a 365 giorni dopo la prima emissione di fattura post-dimissione per presentare una domanda compilata di assistenza finanziaria. Un paziente assicurato o sotto assicurato ha tempo fino a 365 giorni dopo la prima emissione di fattura post-dimissione elaborata da parte di un assicuratore, per presentare una domanda compilata di assistenza finanziaria.

IV. Programmi di Assistenza Finanziaria:

I pazienti di Atlantic Health System possono beneficiare di cure gratuite o scontate nell'ambito dei vari programmi descritti di seguito. In ogni caso, si considera che Atlantic Health System fornisca assistenza finanziaria per un importo pari agli oneri lordi relativi ai servizi forniti, al netto degli importi pagati dal paziente o dall'assicuratore del paziente (se presente) e di qualsiasi rimborso o pagamento governativo per detti servizi. Atlantic Health System è tenuta a segnalare tali importi netti (soggetti all'applicazione di un rapporto costo-addebito, nei casi in cui l'assistenza finanziaria sia opportunamente segnalata in base ai costi anziché agli oneri) come assistenza finanziaria fornita dall'organizzazione.

A. Programmi dello Stato del New Jersey:

1. Charity Care:

Questo programma copre solo le spese ospedaliere per interventi acuti per i servizi necessari dal punto di vista medico che sarebbero coperti dal programma statale Medicaid in caso di idoneità Medicaid del paziente. L'Ufficio di Consulenza Finanziaria è tenuto a stabilire l'idoneità del richiedente entro dieci (10) giorni lavorativi dal giorno di ricevimento della domanda iniziale compilata. Se la domanda è incompleta (per es. la richiesta di prova di reddito/patrimonio non viene fornita o è inadeguata), verrà emesso un diniego scritto, con indicazione del dettaglio della documentazione aggiuntiva necessaria per ottenere l'approvazione. Un richiedente non assicurato ha tempo fino a 365 giorni dalla data della prima emissione di fattura post-dimissione per presentare nuovamente domanda per Charity Care con la documentazione richiesta. Un richiedente non assicurato o sotto assicurato ha tempo fino a 365 giorni dalla data della prima emissione di fattura post-dimissione elaborata da parte di un assicuratore per presentare nuovamente domanda per Charity Care con la documentazione richiesta. Un paziente idoneo a Charity Care riceverà cure gratuite o uno sconto sugli oneri lordi, in conformità con le linee guida stabilite nell'**Appendice C**.

I richiedenti che non sono idonei potranno presentare nuovamente domanda in una data successiva quando si presenteranno per ricevere assistenza e le loro condizioni finanziarie saranno cambiate.

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

- a. non dispongono di una copertura assicurativa sanitaria o hanno una copertura in grado di estinguere solo una parte della fattura,
- b. non sono idonei per una copertura privata o sponsorizzata dal governo (come la previdenza sociale (pensionati e disabili) o il reddito di previdenza sociale supplementare (SSI) accompagnato da Medicaid; o Medicaid) e
- c. soddisfano i criteri di ammissibilità per reddito e patrimonio stabiliti dallo Stato.

Ulteriori criteri necessari per poter beneficiare di Charity Care:

- a. I pazienti verranno sottoposti a screening per il programma Charity Care che copra (i) il 100% delle spese per pazienti con reddito lordo familiare inferiore o pari al 200% del livello di povertà federale; e (ii) una parte delle spese per pazienti con reddito familiare lordo superiore al 200% ma inferiore o pari al 300% del livello di povertà federale in conformità con le linee guida stabilite nell'**Appendice C**.
- b. I limiti di ammissibilità alla Charity Care sono pari a un limite patrimoniale individuale di 7.500 \$ e un limite patrimoniale familiare di 15.000 \$. Ai fini della presente Sezione, i familiari i cui beni devono essere valutati vengono definiti in N.J.A.C. 10:52-11.8 (a) come segue. La dimensione del nucleo familiare per un richiedente adulto include il richiedente, il coniuge, eventuali figli minori a carico e gli adulti per i quali il richiedente è legalmente responsabile. La dimensione del nucleo familiare per un richiedente minore include entrambi i genitori, il coniuge di un genitore, i fratelli minori e tutti gli adulti della famiglia per i quali il genitore o i genitori del richiedente sono legalmente responsabili. Se un richiedente documenta di essere stato abbandonato da un coniuge o genitore, tale coniuge o genitore non deve essere incluso come familiare. Una donna incinta viene conteggiata come due membri della famiglia.

La documentazione richiesta per la sezione Charity Care del Manuale dei Servizi Ospedalieri (Hospital Services Manual), N.J.A.C. 10:52 e segg., include:

- a. documenti di identificazione adeguati del paziente e della famiglia. Questi possono includere uno dei seguenti documenti: patente di guida, tessera di previdenza sociale, tessera del registro degli stranieri, certificato di nascita, busta paga, passaporto, visto, ecc.
- b. prova di residenza in New Jersey alla data di prestazione del servizio (nota: in determinate circostanze, le cure di emergenza costituiscono un'eccezione al requisito della residenza). Ciò può includere uno qualsiasi dei seguenti documenti: patente di guida, tessera elettorale, tessera sindacale, tessera identificativa assicurativa o previdenziale, tessera identificativa dello studente, bollette, dichiarazione dei redditi federale, dichiarazione dei redditi statale o una dichiarazione dei sussidi di disoccupazione.
- c. Giustificativo del reddito lordo. Questa dovrebbe includere i dettagli richiesti dall'ospedale per determinare il reddito lordo del paziente (uno dei seguenti):
 - i. Reddito lordo effettivo nei 12 mesi precedenti i servizi.
 - ii. Reddito lordo effettivo nei 3 mesi precedenti i servizi.
 - iii. Reddito lordo effettivo nel mese immediatamente precedente i servizi
- d. Giustificativo dei beni alla data del servizio. Comprende quegli elementi che sono prontamente convertibili in contanti come azioni, obbligazioni, IRA, CD, conti correnti e conti di risparmio o fondi propri in una residenza non primaria.

2. Idoneità per l'Assistenza Scontata ai sensi del N.J.S.A. 26:2H-12.52:

i pazienti non assicurati residenti nel New Jersey con un reddito familiare lordo inferiore al 500% del livello di povertà federale avranno diritto a ricevere cure scontate in conformità con la Sezione IV.C. della FAP. i requisiti di documentazione applicabili a Charity Care e stabiliti nella Sezione A.1. di cui sopra si applicano alle determinazioni di ammissibilità ai sensi della presente Sezione, ad eccezione del fatto che le soglie patrimoniali individuali e familiari non si applicano all'idoneità per l'assistenza scontata ai sensi della presente Sezione.

3. Programma Catastrophic Illness in Children Relief Fund (Fondo di soccorso per malattie molto gravi nei bambini):

Il Programma Catastrophic Illness in Children Relief Fund dello Stato del New Jersey fornisce assistenza finanziaria a famiglie di bambini affetti da malattie molto gravi. Informazioni su idoneità, spese ammissibili e richiesta di assistenza sono disponibili all'indirizzo <http://www.state.nj.us/humanservices/cicrf/home/>.

4. Ufficio per il Risarcimento delle Vittime di Reato del New Jersey:

Lo Stato del New Jersey ha istituito l'Ufficio per il Risarcimento delle Vittime di Reato per risarcire alle vittime di reato perdite e spese, comprese alcune spese mediche, derivanti da determinati atti criminali. Informazioni su idoneità, spese ammissibili e richiesta di assistenza sono disponibili all'indirizzo <http://www.nj.gov/oag/njvictims/application.html>.

B. Pagamento automatico:

1. Residenti del New Jersey

I pazienti non assicurati che non si qualificano per Charity Care o qualsiasi altro tipo di programma di assistenza finanziaria finanziato a livello Federale o Statale riceveranno addebito secondo le modalità seguenti:

- i. Pazienti interni: ai pazienti che ricevono un trattamento ospedaliero necessario dal punto di vista medico verrà addebitata la tariffa Medicare DRG appropriata maggiorata del 15% per il servizio ricevuto.
- ii. Pazienti esterni: ai pazienti che ricevono servizi ambulatoriali presso il Morristown Medical Center e l'Overlook Medical Center verrà addebitata una tariffa scontata del 40% sulle spese ospedaliere. I pazienti del Newton Medical Center beneficeranno di uno sconto dell'88%, i pazienti ambulatoriali del Chilton Medical Center beneficeranno di uno sconto dell'82,4%, mentre sugli ambulatoriali dell'Hackettstown Medical Center di uno sconto dell'89%.

2. Pazienti fuori dallo Stato e Stranieri

- a. Pazienti interni: ai pazienti che ricevono un trattamento ospedaliero necessario dal punto di vista medico verrà addebitata la tariffa Medicare DRG appropriata più il 25% per il servizio ricevuto.
- b. Pazienti esterni: ai pazienti che ricevono servizi ambulatoriali presso il Morristown Medical Center e l'Overlook Medical Center verrà addebitata una tariffa scontata del 40% sulle spese ospedaliere. I pazienti del Newton Medical Center beneficeranno di uno sconto dell'88%, i pazienti ambulatoriali del Chilton Medical Center beneficeranno di uno sconto dell'82,4%, mentre sugli ambulatoriali dell'Hackettstown Medical Center di uno sconto dell'89%.

C. Importi generalmente fatturati

Ai pazienti non assicurati, residenti nel New Jersey e con reddito familiare lordo inferiore al 500% del livello di povertà federale che non si qualificano per programmi di assistenza finanziaria su base Federale o Statale (ad eccezione di Charity Care), verrà applicato uno sconto sulla propria fattura in conformità con la Sezione IV. A fronte di presentazione di una domanda di assistenza finanziaria e in seguito alla determinazione che un paziente è idoneo per l'assistenza finanziaria ai sensi della presente Sezione, verrà addebitato l'importo minore tra l'AGB o la tariffa Medicare appropriata maggiorata del 15%.

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

Morristown Medical Center: 24.6%
Overlook Medical Center: 24.7%
Chilton Medical Center: 19.6%
Newton Medical Center: 12.7%
Hackettstown Medical Center 18.2%

In conformità con la Sezione 501 (r) dell'Internal Revenue Code (Codice delle Entrate), ciascuna struttura ospedaliera ha utilizzato il metodo Look-Back per calcolare la rispettiva percentuale AGB. Le percentuali AGB sono state calcolate sulla base di tutte le richieste consentite in un periodo di 12 mesi diviso per gli oneri lordi associati a tali richieste. Per tutte le strutture ospedaliere è stata selezionata la seguente formula di pagamento: Tariffa per servizio Medicare + Tutti gli Assicuratori Sanitari Privati.

Le percentuali AGB verranno aggiornate annualmente entro centoventi (120) giorni dalla fine dell'anno solare. Se la percentuale AGB calcolata dà come risultato un importo **inferiore** all'importo dovuto dal paziente, il paziente sarà responsabile solo dell'importo calcolato ai sensi dell'AGB.

Se la percentuale AGB calcolata dà come risultato un importo **superiore** all'importo dovuto dal paziente, il paziente sarà responsabile dell'importo calcolato nell'ambito dei programmi di assistenza finanziaria sopra descritti.

V. **Politica di Fatturazione e Riscossione**

La Sezione presente stabilisce le politiche e le procedure di fatturazione e riscossione di Atlantic Health System e spiega le azioni che possono essere intraprese se una fattura per cure mediche, inclusa una fattura per un saldo residuo dopo l'applicazione degli sconti sull'assistenza finanziaria, non viene pagata. Le agenzie di recupero crediti e gli avvocati che agiscono per conto di Atlantic Health System riceveranno una copia di questa FAP.

Ciascuna fattura includerà un avviso ben visibile sulla disponibilità di assistenza finanziaria, insieme a un numero di telefono dell'Ufficio di Consulenza Finanziaria della specifica struttura ospedaliera, da cui un paziente può ricevere informazioni sulla FAP e assistenza nella compilazione della domanda di assistenza finanziaria. La fattura deve includere anche l'indirizzo del sito web in cui è possibile ottenere copie della FAP, domanda di assistenza finanziaria e PLS.

- A. Periodo di notifica: Atlantic Health System addebiterà ai pazienti qualsiasi eventuale saldo in sospeso non appena detto saldo del paziente verrà confermato. Per i pazienti non assicurati, la prima fattura successiva alla dimissione segnerà l'inizio del periodo di notifica di 120 giorni durante il quale non potranno essere avviate azioni di riscossione straordinaria ("ECA") (definite di seguito) nei confronti del paziente. Per i pazienti assicurati o sotto assicurati, la prima fattura dopo la dimissione elaborata da parte di un assicuratore segnerà l'inizio del periodo di notifica di 120 giorni durante il quale non potranno essere avviate ECA nei confronti del paziente (il "periodo di notifica di 120 giorni").
- B. Quando un paziente è inadempiente nel pagamento, verrà inviato al paziente un avviso che offra la possibilità di discutere la fattura per determinare se vi sia necessità di un'assistenza finanziaria o di un piano di pagamento nuovo o rivisto. Atlantic Health System può accogliere i pazienti che richiedono e concordano piani di pagamento.
- C. Nel caso in cui non sia stato ricevuto alcun pagamento al termine del periodo di notifica di 120 giorni e un paziente non abbia richiesto assistenza finanziaria o non abbia concordato con l'Ufficio di Consulenza Finanziaria della struttura ospedaliera o l'Ufficio del Servizio Assistenza Clienti della struttura ospedaliera un piano di pagamento alternativo, il conto del paziente verrà affidato a un'agenzia di riscossione. Atlantic Health System è tenuta ad informare per iscritto il paziente che il suo conto verrà trasferito a un'agenzia di riscossione se non viene ricevuto alcun pagamento entro 10 giorni (la "Notifica Definitiva"). La Notifica Definitiva informerà il paziente della disponibilità di assistenza finanziaria per i pazienti idonei e includerà un numero di telefono dell'Ufficio di Consulenza Finanziaria della specifica struttura ospedaliera, da cui un paziente può ricevere informazioni sulla FAP e assistenza nella procedura di richiesta di assistenza finanziaria. La fattura deve includere anche l'indirizzo del sito web in cui è possibile ottenere copie della FAP, della domanda di assistenza finanziaria e del PLS.
- D. Atlantic Health System può autorizzare agenzie di recupero crediti e avvocati che lavorano per conto di Atlantic Health System (una "Terza parte") ad avviare l'ECA sui conti dei pazienti inadempienti dopo il periodo di notifica di 120 giorni. Una volta che un conto è stato affidato ad una Terza Parte, questa dovrà confermare che siano stati compiuti sforzi ragionevoli per determinare se un paziente è idoneo all'assistenza finanziaria ai sensi della FAP e che siano state intraprese le seguenti azioni prima di avviare un'ECA:
 - 1. al paziente è stata inviata una comunicazione scritta (la "Lettera dei 30 giorni") che: (a) indica che l'assistenza finanziaria è disponibile per i pazienti idonei; (b) identifica la/le ECA che la Terza Parte intende avviare per riscuotere il pagamento delle cure; e (c) indica un termine dopo il quale tali ECA possono essere avviate (il termine non può essere anteriore a 30 giorni dalla data in cui è stato inviato l'avviso);
 - 2. La Lettera dei 30 giorni include una copia di un riepilogo in linguaggio semplice della FAP; e

3. Atlantic Health System e/o la Terza Parte hanno compiuto ogni ragionevole sforzo per informare verbalmente il paziente in merito alla FAP e al modo in cui potrebbe ottenere assistenza con la procedura di richiesta di assistenza finanziaria.
- E. Una volta confermato che sono stati compiuti ragionevoli sforzi per stabilire se un paziente è idoneo all'assistenza finanziaria ai sensi della FAP, le Terze Parti possono avviare le seguenti ECA nei confronti di un paziente per riscuotere il pagamento delle cure:
1. azioni di richiesta di un procedimento legale o giudiziario, incluse ma non limitate a:
 - a. imposizione di un pignoramento sulle proprietà di un paziente, salvo quanto diversamente previsto in I.R.C. Sezione 501(r);
 - b. avvio di un'azione civile contro un paziente;

Le azioni possono essere avviate solo se il saldo dovuto è pari o superiore a 800 \$ complessivamente.
 2. Le ECA non devono includere pegni su proventi di sentenze, accordi o compromessi per infortuni, né crediti fallimentari.
- F. Se viene ricevuta una richiesta di assistenza finanziaria incompleta, Atlantic Health System è tenuta a fornire al paziente un avviso scritto che descriva le informazioni o la documentazione aggiuntiva necessaria per determinare l'idoneità alla FAP. Atlantic Health System è tenuta a informare le Terze Parti della presentazione di una richiesta di assistenza finanziaria incompleta, e queste devono sospendere qualsiasi ECA per un periodo di 30 giorni per riscuotere il pagamento per l'assistenza.
- G. Se viene ricevuta una richiesta di assistenza finanziaria completa, Atlantic Health System deve assicurarsi che si verifichi quanto segue:
1. le ECA nei confronti del paziente verranno sospese;
 2. una determinazione di ammissibilità verrà effettuata e documentata in modo tempestivo;
 3. Atlantic Health System comunicherà al paziente per iscritto la determinazione e le basi su cui si fonda;
 4. verrà inviata una fattura aggiornata indicante l'importo dovuto alla FAP dal paziente idoneo (se applicabile), come tale importo è stato determinato e la percentuale AGB applicabile;
 5. eventuali importi pagati in eccesso rispetto all'importo dovuto alla FAP dal paziente idoneo verranno rimborsati di conseguenza (se applicabile); e
 6. Le Terze Parti dovranno adottare tutte le misure ragionevoli disponibili per revocare eventuali ECA adottate nei confronti dei pazienti al fine di riscuotere il debito, ad esempio annullare una sentenza o revocare una riscossione o un pegno.
- H. Se una delle strutture ospedaliere effettua presunte determinazioni di ammissibilità, è necessario quanto segue:
1. se si presume che un paziente sia idoneo a beneficiare di un'assistenza inferiore a quella più generosa disponibile ai sensi della FAP, Atlantic Health System dovrà:
 - a. Informare il paziente in merito alle basi della presunta determinazione di idoneità alla FAP e spiegare come richiedere un'assistenza più generosa.
 - b. Concedere al paziente un periodo di tempo ragionevole per richiedere un'assistenza più generosa prima di autorizzare l'avvio di ECA per riscuotere l'importo scontato calcolato.

- c. Rideterminare lo stato di idoneità FAP del paziente, se viene ricevuta una richiesta di assistenza finanziaria compilata.

Referenze:

Internal Revenue Service, 26 CFR Parts 1, 53, e 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

Riepilogo della revisione/approvazione: AHS Policy Oversight Committee (APOC) e Consiglio di Amministrazione AHS	
Data di creazione: 11/08/2004	Data di approvazione APOC: 01/04/2023
Data dell'ultima revisione: 02/23/2022	Data di approvazione del consiglio APOC: 01/25/2023

APPENDICE A

ELENCO DEI FORNITORI

La politica di assistenza finanziaria (Financial Assistance Policy "FAP") di Atlantic Health System, Inc. ("Atlantic Health System") si applica alle cure di emergenza o ad altre cure mediche necessarie fornite presso un ospedale appartenente ad Atlantic Health System o in una struttura ambulatoriale con sede presso un fornitore fatturato da AHS Hospital Corp, una filiale di Atlantic Health System.

La FAP si applica anche alle cure ospedaliere di emergenza o altre cure mediche necessarie fornite in un ospedale appartenente ad Atlantic Health System da medici di Practice Associates Medical Group, P.A. d/b/a di 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 appartenente ad Atlantic Health System.

ALTRI FORNITORI POSSONO PARTECIPARE ALLE CURE DELL'UTENTE PRESSO GLI OSPEDALI E LE STRUTTURE AMBULATORIALI ATLANTIC HEALTH SYSTEM. SE QUESTI FORNITORI NON SONO SPECIFICAMENTE ELENCATI SOPRA, NON SEGUONO LA POLITICA DI ASSISTENZA FINANZIARIA DI ATLANTIC HEALTH SYSTEM. QUESTI FORNITORI FATTURERANNO SEPARATAMENTE E SI DOVRANNO PRENDERE ACCORDI DI PAGAMENTO DI CONSEGUENZA.

Questo Elenco dei Fornitori verrà rivisto e aggiornato trimestralmente, se necessario. Per assistenza su domande relative alla FAP o al presente Elenco di Fornitori, chiamare il Reparto Assistenza Clienti al numero 1-800-619-4024. Pagina 11 di 12

APPENDICE B

Traduzioni della FAP, della domanda di assistenza finanziaria e del PLS sono disponibili in inglese e nelle seguenti lingue:

Arabo
Armeno
Cinese
Creolo francese
Greco
Gujarati
Hindi
Italiano
Giapponese
Coreano
Polacco
Portoghese
Russo
Serbo-Croato
Spagnolo
Tagalog

CRITERI DI REDDITO
CHARITY CARE E CRITERI DI IDONEITÀ ALLA CHARITY CARE RIDOTTA
Data di entrata in vigore: 15 Marzo 2022

I Pazienti Devono Soddisfare Sia i Criteri di Reddito che quelli Patrimoniali

CRITERI DI REDDITO

Percentuale delle Spese Pagata dal Paziente Quando
il Reddito Annuo Lordo Rientra nei Seguenti Intervalli

	Il paziente paga lo 0% delle spese	Il paziente paga il 20% delle spese	Il paziente paga il 40% delle spese	Il paziente paga il 60% delle spese	Il paziente paga il 80% delle spese	Il paziente paga il 100% delle spese
Dimensione del nucleo familiare	<=200%	>200<=225%	>225<=250%	>250<=275%	>275<=300%	>300%
1	27.180 \$ o inferiore	da 27.181 \$ a 30.578 \$	da 30.579 \$ a 33.975 \$	da 33.976 \$ a 37.373 \$	da 37.374 \$ a 40.770 \$	40.771 \$ o superiore
2	36.620 \$ o inferiore	da 36.621 \$ a 41.198 \$	da 41.199 \$ a 45.775 \$	da 45.776 \$ a 50.353 \$	da 50.354 \$ a 54.930 \$	54.931 \$ o superiore
3	46.060 \$ o inferiore	da 46.061 \$ a 51.818 \$	da 51.819 \$ a 57.575 \$	da 57.576 \$ a 63.333 \$	da 63.334 \$ a 69.090 \$	69.091 \$ o superiore
4	55.500 \$ o inferiore	da 55.501 \$ a 62.438 \$	da 62.439 \$ a 69.375 \$	da 69.376 \$ a 76.313 \$	da 76.314 \$ a 83.250 \$	83.251 \$ o superiore
5	64.940 \$ o inferiore	da 64.941 \$ a 73.058 \$	da 73.059 \$ a 81.175 \$	da 81.176 \$ a 89.293 \$	da 89.294 \$ a 97.410 \$	97.411 \$ o superiore
6	74.380 \$ o inferiore	da 74.381 \$ a 83.678 \$	da 83.679 \$ a 92.975 \$	da 92.976 \$ a 102.273 \$	da 102.274 \$ a 111.570 \$	111.571 \$ o superiore
7	83.820 \$ o inferiore	da 83.821 \$ a 94.298 \$	da 94.299 \$ a 104.775 \$	da 104.776 \$ a 115.253 \$	da 115.254 \$ a 125.730 \$	125.731 \$ o superiore
8	93.260 \$ o inferiore	93.261 \$ a 104.918 \$	da 104.919 \$ a 116.575 \$	da 116.576 \$ a 128.233 \$	da 128.234 \$ a 139.890 \$	139.891 \$ o superiore
Per le famiglie composte da più di 8 membri, aggiungere i seguenti importi a quello più alto di ogni colonna per ogni membro aggiuntivo della famiglia.						
	9.440 \$	10.620 \$	11.800 \$	12.980 \$	14.160 \$	
* Una donna incinta viene conteggiata come 2 membri della famiglia.						
In caso di pazienti nell'intervallo della tariffa progressiva dal 20% all'80% responsabili per spese mediche qualificate pagate di tasca propria superiori al 30% del loro reddito annuo lordo (vale a dire fatture non pagate da altre parti), l'importo superiore al 30% viene considerato assistenza a carico dell'ospedale (Charity Care).						

CRITERI PATRIMONIALI

Il patrimonio individuale non può superare 7.500 \$ e il patrimonio familiare non può superare 15.000 \$.