



**Nome della politica: Politica di Aiuto Finanziario / Riscossione**  
**Validità dal 1° gennaio 2018**  
**Area Politiche: Ciclo delle entrate**  
**Ultima revisione: 1 gennaio 2018**

**Stato: Approvato**  
**Data di revisione: 1 gennaio 2019**  
**Data di scadenza: N.D.**

**Dichiarazione di politica:** Il Programma di Aiuto Finanziario deve essere pubblicato in modo uniforme e corretto in tutta l'AHN (Allegheny Health Network). I processi sono stati stabiliti per assicurare un'amministrazione efficace ed efficiente dell'aiuto finanziario e della riscossione in linea con l'ambiente di controllo interno avanzato dell'AHN e con i requisiti normativi applicabili.

  
Firma / Data  
Chief Financial Officer

  
Firma / Data  
Chief Revenue Cycle Officer

## **I. Obiettivo**

L'obiettivo di questa politica è quello di definire i criteri di ammissibilità reddituale, il tipo di aiuto finanziario e i servizi inclusi ed esclusi da tale politica. La politica riporta la procedura attraverso la quale un paziente dovrà fare domanda di aiuto finanziario, alle volte chiamata assistenza caritatevole.

La carità non è considerata sostitutiva della responsabilità personale. Ci si aspetta che i pazienti collaborino con le procedure dell'Allegheny Health Network per ricevere carità o altre forme di pagamento o di aiuto finanziario, e per contribuire al costo delle loro cure in base alla loro capacità individuale di pagare. Le persone che hanno le capacità finanziarie per acquistare l'assicurazione sanitaria saranno incoraggiate a farlo, come mezzo per garantirsi l'accesso alle prestazioni sanitarie, per la loro salute personale complessiva e tutela delle loro proprietà individuali.

## **II. Politica**

Gli ospedali e i medici dell'Allegheny Health Network si impegnano a migliorare la salute dei nostri pazienti e dei cittadini della Pennsylvania occidentale. Nell'appendice E. sono riportati i requisiti diversi e aggiuntivi per l'area di assistenza di Westfield, NY. La politica dell'Allegheny Health Network è quella di offrire cure mediche a tutti i pazienti, compresi quelli che possono trovarsi in difficoltà a pagare le prestazioni a causa di limiti di reddito. Fedele alla sua missione di offrire prestazioni mediche compassionevoli, di alta qualità e accessibili e di sostenere i poveri e gli emarginati, l'Allegheny Health Network si sforza di garantire che la capacità finanziaria delle persone che necessitano di prestazioni sanitarie non impedisca loro di trovare o di ricevere delle cure. L'Allegheny Health Network fornirà alle persone, senza discriminazioni, cure per condizioni mediche di emergenza indipendentemente dal loro diritto di ricevere aiuti finanziari governativi. Fra gli ospedali sono compresi l'Allegheny General Hospital, l'Allegheny Valley Hospital, il Canonsburg Hospital, il Forbes Hospital, il Jefferson Hospital, il Saint Vincent Hospital, il West Penn Hospital e il Westfield Memorial Hospital. Questa politica di aiuto finanziario vale per tutte le cure di emergenza e tutte le altre cure mediche necessarie fornite dagli ospedali, comprese le cure prestate negli ospedali da un'entità sostanzialmente connessa (come viene definita dall'IRS).

### **Direttiva**

La politica di aiuto finanziario e di riscossione dell'Allegheny Health Network è stata sviluppata per rispettare i Requisiti Medicare relativi ai crediti inesigibili per i Centri per i Servizi Medicare e Medicaid (42 CFR SS13.89), e il Manuale sui Rimborsi dei Fornitori di Medicare (Parte 1, Capitolo 3). Questa politica tratta anche la Sezione 501 © del Codice delle Imposte prevista dalla Sezione 9007(1) della Legge Federale sulla Tutela dei Pazienti e sulle Cure Accessibili (Pub. L.No. 111-148), dove la Norma

Conclusiva è stata emessa dall'IRS e dal Ministero del Tesoro il 29 dicembre 2014 (e pubblicata il 31 dicembre 2014, Registro Federale).

### III. Definizioni

**ACA o Affordable Care Act (Legge sulle cure accessibili)** — L'ACA è destinata alle persone che non possiedono o non possono permettersi di acquistare un'assicurazione sanitaria. È destinata anche a quelli che vengono chiamati sottoassicurati, cioè persone che hanno una copertura sanitaria che non li protegge adeguatamente dalle spese mediche elevate.

**Assistenza caritatevole** — Aggiustamento completo o parziale delle spese sostenute per prestazioni fornite ai pazienti (da un ospedale AHN e da medici dipendenti) determinato dall'ammissibilità del programma, basato su criteri di qualificazione dell'AHN.

**Azioni di riscossione** — Come approvato dal Consiglio di Amministrazione, quando si cerca di ottenere il pagamento di prestazioni mediche fornite ai pazienti, può essere utilizzato dall'Allegheny Health Network l'impiego di agenzie di riscossione terze, nonché di altre attività legali identificate in questa politica come ragionevoli sforzi di riscossione.

**Condizioni mediche di emergenza** — Definite nel senso della sezione 1867 della Legge sulla Previdenza Sociale (42 U.S.C. 1395dd). Una condizione medica di emergenza viene definita come una condizione medica che si manifesta attraverso sintomi acuti sufficientemente gravi (compresi forti dolori, disturbi psichiatrici e/o sintomi di abuso di sostanze) tali che l'assenza di cure mediche immediate potrebbe condurre ragionevolmente al risultato di (i) mettere in grave rischio la salute della persona (o, nel caso di una donna incinta, la salute della donna o del nascituro), (ii) gravi danni alle funzioni corporali, o (iii) gravi disfunzioni a un organo o a una parte del corpo.

**Azioni di riscossione straordinarie** — Le azioni di riscossione straordinarie, come previste dal Codice delle Imposte 501(r), sono azioni definite come segue:

- Vendere debiti a un'altra parte, salvo certe eccezioni;
- Riferire informazioni sfavorevoli alle agenzie o agli uffici di credito che segnalano il credito al consumo;
- Eseguire delle azioni che richiedono un processo legale o giudiziario, compresi i, ma senza limitarsi ai, seguenti:
  - Sottoporre a vincolo una proprietà (con l'eccezione sotto riportata)
  - Pignorare proprietà immobiliari
  - Sequestro o pignoramento di un conto bancario o di un'altra proprietà personale
  - Iniziare un'azione civile
  - Causare l'arresto di una persona
  - Assoggettare una persona a un mandato di comparizione
  - Pignorare lo stipendio

**Famiglia** — Utilizzando la definizione dell'Ufficio del Censo, un gruppo di due o più persone che vivono insieme e che sono unite da un rapporto di parentela per nascita, matrimonio o adozione. Secondo le norme dell'Internal Revenue Service, se il paziente sostiene che qualcuno sia a suo carico nella propria dichiarazione dei redditi, questo qualcuno può essere considerato a suo carico ai fini della fornitura dell'aiuto finanziario.

**Reddito familiare** — Il reddito familiare comprenderà stipendi, indennità di disoccupazione, sostegno per i figli, eventuali obblighi di sostegno medico, alimenti, redditi previdenziali, pagamenti di invalidità, redditi di pensione o di quiescenza, affitti, royalty, redditi derivanti da proprietà e da amministrazioni controllate, sentenze legali, dividendi e ricavi dovuti a interessi. Saranno esclusi dal reddito familiare i seguenti: patrimonio netto utilizzato per la prima casa, conti di piani pensionistici, amministrazioni controllate irrevocabili per finalità di sepoltura, e piani di risparmio universitari federali o amministrati dallo Stato. Per i pazienti di età inferiore ai 18 anni, il reddito familiare comprende quello dei genitori e/o dei genitori adottivi, dei partner non sposati o domestici, che possono vivere o meno con il minore.

*Direttive Federali sulla Povertà— Le Direttive Federali sulla Povertà vengono aggiornate nel Registro Federale con cadenza annuale dal Ministero per la Salute e i Servizi Umani degli Stati Uniti in base all'autorità della sottosezione (2) della Sezione 9902 del Titolo 42 del Codice degli Stati Uniti.*

*Garante — Una persona diversa dal paziente responsabile del pagamento della fattura o del debito del paziente, qualora il paziente stesso non paghi o non sia in grado di pagare la fattura o il debito.*

*Spese lorde — Vengono applicate tariffe integralmente stabilite e le spese totali per la fornitura di prestazioni sanitarie al paziente dell'Allegheny Health Network prima degli sconti contrattuali, altre detrazioni dal reddito o sconti negoziati.*

*Prestazioni mediche necessarie — Le prestazioni mediche necessarie sono quelle definite tipicamente dai Centri per i Servizi Medicare e Medicaid, come prestazioni o voci ragionevoli e necessarie per la diagnosi o il trattamento di malattie o lesioni.*

*Pazienti non collaborativi — L'AHN riconosce che alcuni pazienti possono non collaborare con il processo di domanda dell'AHN. In questi casi, l'AHN può utilizzare altre fonti di informazioni per eseguire una sola valutazione delle esigenze finanziarie.*

*Paziente non assicurato — Una persona che non ha una copertura di responsabilità civile verso terzi da parte di un assicuratore commerciale terzo, un piano ERISA, un Programma Federale per le Cure Sanitarie (compresi, ma senza limitarsi a, Medicare, Medicaid, SCHIP e CHAMPUS), remunerazione da lavoro, o altra aiuto di terzi per aiutare a rispettare gli obblighi del proprio paziente.*

*Paziente sottoassicurato — Una persona, dotata di una copertura assicurativa privata o pubblica, per la quale pagare delle spese di tasca propria per prestazioni mediche fornite dall'Allegheny Health Network costituirebbe un sacrificio medico.*

#### **IV. Procedura**

##### **Pubblicazione della politica**

La politica sarà disponibile nelle seguenti misure:

- ✓ **Copie cartacee:** le copie cartacee di questa politica, il modulo di domanda e il riassunto della politica in linguaggio semplificato saranno disponibili su richiesta e senza spese, sia in luoghi pubblici che nelle strutture dell'ospedale e tramite e-mail
- ✓ **Informazioni/avvisi ai visitatori:** Questa politica sarà disponibile attraverso la normale cartellonistica ben visibile, nonché su opuscoli che forniscono informazioni di base sulla politica disponibili nelle aree pubbliche degli ospedali.
- ✓ **Informazioni/avvisi ai membri della comunità serviti dalla struttura:** saranno distribuite schede informative che riassumono la presente politica alle agenzie pubbliche locali e alle organizzazioni non-profit che si occupano delle esigenze sanitarie della popolazione a basso reddito della comunità.
- ✓ **Pubblicazione sul sito Internet:** sul sito Internet dell'AHN saranno disponibili la politica di aiuto finanziario, il modulo di domanda e il riassunto in linguaggio semplificato.

##### **Dichiarazione delle direttive**

L'intenzione dell'AHN è quella di fornire le prestazioni necessarie ai pazienti che dimostrano **incapacità di pagare e non riluttanza a pagare**

Come previsto dalle direttive IRC §501(r), l'AHN limita gli importi chiesti per l'emergenza o altre cure mediche necessarie fornite alle persone aventi i requisiti per ricevere l'assistenza caritatevole. Queste persone non devono pagare somme superiori agli importi generalmente fatturati (AGB) alle persone coperte da assicurazione, e le direttive proibiscono l'utilizzo di addebiti lorde. Si prega di consultare l'Allegato D per gli sconti di auto-pagamento per ogni struttura AHN.

Gli ospedali AHN utilizzano il metodo retrospettivo chiamato "Look-Back" per determinare gli AGB per le emergenze o per altre cure mediche necessarie, in base al Registro Federale, Vol 79, N° 250 del 31 dicembre 2014, 26CFR Parti 1, 53 e 602. Gli importi da incassare dai pazienti non assicurati che si è verificato avere diritto all'aiuto finanziario non dovranno superare le tariffe pagate dalla media degli assicuratori privati, Medicare e Medicaid. I pazienti che hanno diritto a ricevere l'aiuto finanziario non dovranno pagare le spese lorde. Il pubblico può ottenere prontamente queste informazioni per iscritto e in modo gratuito facendone domanda per iscritto al seguente indirizzo:

Director Customer Care Center  
Allegheny Health Network  
4<sup>th</sup> Floor, 4 Allegheny Center  
Pittsburgh, PA 15212

#### **Criteri di ammissibilità**

I pazienti che rientrano nei criteri stabiliti da questa politica avranno il diritto di ricevere aiuto finanziario, comprese cure gratuite o scontate:

- 1. Un paziente deve essere sia cittadino degli Stati Uniti d'America o residente legalmente permanente degli Stati Uniti d'America, che residente della Pennsylvania (o residente dello Stato di New York per il Westfield Memorial Hospital).**
- 2. Alla data in cui viene presentata la domanda:**  
L'assistenza caritatevole è riservata ai residenti della Pennsylvania (o ai residenti di NY per l'area di servizio del Westfield Memorial Hospital), in quanto i residenti della Pennsylvania pagano le tasse locali e dello Stato della Pennsylvania che servono per sostenere molti servizi di cure sanitarie per i cittadini dello Stato. Più o meno lo stesso vale per i cittadini degli Stati Uniti d'America che pagano le imposte federali. L'AHN si aspetterebbe che i pazienti di fuori dello Stato che avessero il diritto di ricevere l'assistenza caritatevole dell'AHN in base alla loro situazione finanziaria dovrebbero ricevere cure sanitarie e privilegi di assistenza caritatevole nel loro stato di residenza. I pazienti stranieri o gli immigrati non autorizzati possono avere diritto all'assistenza di beneficenza se sono accettabili per Medicaid. Ci sono circostanze speciali per i pazienti internazionali e di fuori dello Stato (per esempio, incidenti automobilistici, malattie emergenti) in base alle quali avrebbero il diritto di ricevere assistenza caritatevole.
- 3. Il paziente/garante deve essere in grado di dimostrare di essersi dato da fare in buona fede per richiedere e rispettare le alternative ai benefici delle cure sanitarie accessibili (per esempio, idoneità a Medicaid e ad altri programmi di benefici di cure mediche sovvenzionate dall'ACA), o di fornire le prove che non verrebbe concessa la copertura dei programmi Medicaid o di altro tipo prima di avere diritto all'assistenza caritatevole.** Il paziente deve presentare una domanda completa per le assistenza caritatevole entro il periodo di presentazione della domanda. L'AHN farà sforzi ragionevoli per determinare se un individuo ha diritto all'assistenza esterna prima di intraprendere azioni di riscossione straordinarie (ECA) contro la persona. Sforzi ragionevoli: al fine di soddisfare tali requisiti, sono previsti sia un "periodo di notifica" che un "periodo di applicazione". Il periodo di notifica è il periodo durante il quale l'AHN deve notificare questa politica a una persona. Questo periodo inizia il giorno in cui alla persona viene fornita assistenza e termina il 120° giorno dopo che l'AHN fornisce alla persona il primo estratto conto per l'assistenza. Se l'interessato non presenta una domanda entro la fine del periodo di notifica, l'AHN può intraprendere azioni di riscossione straordinarie contro la persona. Tuttavia, l'AHN accetterà ed elaborerà le domande presentate da una persona durante il "periodo di presentazione delle domande" più lungo, che termina il 240° giorno dopo che l'AHN avrà fornito all'individuo la prima fattura per l'assistenza. I pazienti che non presentano una domanda completa o non restituiscono la domanda, compresa la documentazione giustificativa, dopo 240 giorni possono ricevere un rifiuto a causa del mancato rispetto di tale obbligo.
- 4. La copertura offerta dall'Assistenza Caritatevole è limitata all'assistenza medica di base.**



5. **L'Assistenza Caritatevole si applicherà solo alle emergenze e ad altri servizi medici necessari. L'Assistenza Caritatevole non sarà disponibile per i pazienti che rifiutano le dimissioni e che sostengono costi aggiuntivi considerati non necessari dal punto di vista medico. Gli sconti per l'Assistenza Caritatevole si applicano solo ai farmaci somministrati durante un soggiorno in regime di ricovero o ambulatoriale. Questi sconti non si applicano ad altri farmaci o a qualsiasi altra medicina prescritta per corrispondenza. L'Assistenza Caritatevole non si applicherà ai servizi coperti da una società assicuratrice che ha rifiutato le prestazioni a causa di controversie, mancanza di collaborazione da parte del paziente o informazioni errate fornite dal paziente.**

L'Assistenza Caritatevole non si applicherà nemmeno ai pazienti/garanti che si rifiutano di utilizzare le opzioni assicurative a loro disposizione.

L'Assistenza Caritatevole non si applicherà nemmeno ai pazienti/garanti che non hanno esaurito tutte le fonti di pagamento dell'assicurazione (per esempio: giorni di riserva durante la vita di Medicare).

6. **Una domanda approvata coprirà i servizi applicabili forniti al paziente a partire da 180 giorni precedenti prima fino ai 180 giorni seguenti la data di approvazione della domanda:**

I pazienti/garanti devono presentare una nuova domanda di Assistenza Caritatevole ogni 180 giorni. Questo processo di nuova domanda può consistere in una verifica dei dati dell'Assistenza Caritatevole Presunta o può richiedere la presentazione di una domanda di Assistenza Caritatevole aggiornata e completa.

7. **Gli sconti sulle prestazioni di Assistenza Caritatevole si applicano solo agli importi a debito del paziente; ad esempio, non vengono presi in considerazione gli importi assicurativi. Gli importi approvati possono essere il risultato di:**

- ✓ Il paziente non dispone di assistenza medica o di un'adeguata copertura assicurativa
- ✓ Il paziente ha esaurito le sue prestazioni assicurative (ad esempio, ha superato i giorni/gli importi massimi coperti, ha superato i giorni di riserva durante la vita di Medicare)
- ✓ Il paziente ha una società di assicurazioni primaria che ha effettuato il pagamento, ma esiste una responsabilità secondaria per la quale non ha copertura assicurativa.
- ✓ Il paziente è considerato indigente a causa dell'ammontare del debito medico sostenuto rispetto alla situazione finanziaria del paziente
- ✓ Le proprietà del paziente deceduto si esauriranno prima del pagamento del saldo completo del paziente
- ✓ Il paziente ha fornito un'adichiarazione formale di fallimento che influenza la data in cui sono state fornite le prestazioni. In considerazione del giudizio e delle informazioni aggiornate sul reddito e sulle risorse, il paziente avrebbe il diritto di ricevere l'Assistenza Caritatevole
- ✓ Il paziente è un "senzateo" o ha dimostrato di trovarsi in un ricovero per persone senza fissa dimora.
- ✓ Il paziente ha fornito documentazione ufficiale relativa alle informazioni sui redditi / proprietà e/o allo status di senzateo che dà al paziente il diritto di ricevere l'Assistenza Caritatevole

### **Procedura di domanda**

#### **1. Domanda di Assistenza Caritatevole**

L'uso delle applicazioni di Assistenza Caritatevole è necessario per dare a un paziente/garante il diritto di ricevere l'Assistenza Caritatevole.

Se il reddito del paziente e/o del garante è pari o inferiore al 200% delle Direttive Federali sulla Povertà, tutti i saldi a debito del paziente saranno rimessi al 100%. Anche i pazienti documentati come senzateo sono considerati al tasso del 100%. Il reddito familiare lordo del paziente per l'anno in corso e per quello precedente non può superare di due (2) volte le Direttive sul Reddito di Povertà pubblicate annualmente nel Federal Register dal Ministero della Sanità e dei Servizi Umani degli Stati Uniti (sarà presa in considerazione soprattutto la

maggior parte dei dati dell'anno in corso). Si veda l'appendice B per le direttive attuali e la tabella FPL applicabile.

Prima di prendere in considerazione un aggiustamento dell'aiuto finanziario, a fronte del debito dovuto all'Allegheny Health Network devono essere utilizzate tutte le attività liquide (contanti, conti correnti, conti di risparmio e del mercato monetario, certificati di deposito maturati, fondi comuni d'investimento e obbligazioni che possono essere incassate senza penali e altri investimenti facilmente convertibili) detenute dal paziente o dal garante superiori a \$10.000,00. Non saranno inclusi i fondi quiescenza. La residenza primaria e il veicolo principale non saranno inclusi come parte del test delle attività. Ogni residenza secondaria o veicolo sarà considerato e valutato caso per caso.

Può essere richiesta la documentazione "Hardship" (cioè, casi con farmaci eccessivi, malattie terminali o ricoveri multipli). Per i pazienti che superano il 200% delle Direttive Federali sulla Povertà e il cui saldo del conto supera il 25% del loro reddito familiare annuale, l'AHN può rivendicare il saldo in eccesso come di "privazione", a condizione che il paziente fornisca la documentazione del reddito oppure che il reddito può essere ricavato da fonti di database esterne.

AHN non utilizza nessuna determinazione precedente dell'ammissibilità all'aiuto finanziario per approvare in via presuntiva l'aiuto finanziario a un paziente. Quando scade l'aiuto finanziario di un paziente, questi deve presentare una nuova domanda di aiuto finanziario.

## **2. Documentazione di supporto**

Informazioni reddituali e patrimoniali richieste per il processo di domanda.

- ✓ Modulo 1040 o altro/imodulo/i federale/i utilizzato/i per la dichiarazione delle imposte dell'anno precedente (con la spiegazione di drastiche variazioni del reddito)
- ✓ Copie delle buste paga (per gli ultimi 30 giorni)
- ✓ Come parte della procedura di domanda, può essere richiesta la verifica scritta di qualunque altro reddito percepito (ad es. alimenti, mantenimento dei figli, indennità d'invalidità, pensioni, rendite da affitti, accertamento del reddito da lavoro autonomo (conto profitti e perdite dell'ultimo mese), previdenza sociale, indennità di disoccupazione, indennità per i veterani, indennità per i lavoratori).
- ✓ Prospetti bancari necessari (del mese più recente prima della data della domanda di aiuto finanziario)
- ✓ Avvisi di fallimento che hanno delle conseguenze sulle date delle prestazioni prese in considerazione oltre alle informazioni reddituali e patrimoniali che potrebbero dare al paziente/garante il diritto di ricevere l'Assistenza Caritatevole. Affidavit che supporta le informazioni reddituali / patrimoniali del paziente/garante che potrebbero dargli il diritto di ricevere l'Assistenza Caritatevole
- ✓ Prova di essere un senzatetto o di avere la residenza presso un ricovero per senzatetto

## **3. Informazioni sulla domanda**

Tutti i richiedenti devono compilare il modulo di domanda di Aiuto Finanziario AHN e fornire i documenti richiesti al momento della domanda di aiuto finanziario. Per essere prese in considerazione ai fini dell'aiuto finanziario, le domande completate devono pervenire entro 240 giorni dalla ricezione delle prestazioni sanitarie dell'Allegheny Health Network.

Affinché la domanda di contributo finanziario della rete sanitaria Allegheny possa essere esaminata, è necessario compilare il modulo di domanda di aiuto finanziario e fornire la documentazione richiesta. Le domande restituite che richiedono informazioni supplementari saranno conservate per 30 giorni dalla data in cui la lettera è stata spedita al richiedente che ha richiesto tali informazioni. Al richiedente verrà anche fatta una telefonata per comunicargli le ulteriori informazioni necessarie. Se le informazioni non vengono ricevute entro 30 giorni, la domanda sarà respinta.

Le domande di aiuto finanziario devono essere presentate al seguente ufficio, che è l'ufficio responsabile di fare tutto quanto è ragionevolmente possibile per determinare se una persona ha diritto all'aiuto finanziario

Allegheny Health Network Revenue Cycle Operations  
Customer Care Center  
10th Floor, 4 Allegheny Center  
Pittsburgh, PA 15212

I pazienti che hanno bisogno di aiuto per compilare la domanda di aiuto finanziario possono contattare il Reparto Assistenza Clienti dell'AHN, telefono numero 1-800-547-0540 oppure il Centro Assistenza Clienti al numero 1-844-801-8400.

Le richieste di aiuto finanziario sono evase prontamente e l'Allegheny Health Network ne informa per iscritto il paziente o il richiedente entro 14 giorni dal ricevimento della domanda compilata. In caso di approvazione dell'ammissibilità, l'aiuto finanziario sarà concesso per un periodo di sei mesi. L'aiuto finanziario si applica anche a tutti i conti ammissibili sostenuti per le prestazioni ricevute fino a sei mesi prima della data di presentazione della domanda.

Se l'aiuto finanziario è statorifiutato, il paziente o il suo garante può ripresentare la domanda in qualsiasi momento se vi è stato un cambiamento significativo del reddito o dello status oppure dopo sei mesi dalla data della decisione di rifiuto.

#### **4. Determinazione del fabbisogno finanziario dei pazienti e dei garanti che non hanno risposto**

L'AHN è consapevole del fatto che alcuni pazienti potrebbero non essere in grado di compilare una domanda di aiuto finanziario, di soddisfare le richieste di documentazione o altrimenti non rispondere al processo di domanda. Di conseguenza, possono verificarsi circostanze in cui il paziente può avere diritto a ricevere l'aiuto finanziario senza aver compilato la domanda formale di assistenza. In queste circostanze, gli ospedali AHN possono utilizzare altre fonti di informazione per effettuare una valutazione individuale del fabbisogno finanziario. Queste informazioni consentiranno all'AHN di prendere una decisione informata sul fabbisogno finanziario dei pazienti non reattivi, utilizzando le migliori stime disponibili in assenza di informazioni fornite direttamente al paziente.

L'AHN può utilizzare una terza parte per effettuare un esame elettronico delle informazioni sul paziente per valutarne il fabbisogno finanziario. Questo esame utilizza un modello riconosciuto dal settore sanitario, basato su database di documenti pubblici. Questo modello predittivo incorpora dati di documenti pubblici per calcolare un punteggio di capacità socio-economica e finanziaria comprendente stime del reddito, del patrimonio e della liquidità. La tecnologia elettronica è progettata per valutare ogni paziente secondo gli stessi standard ed è calibrata in base allo storico delle approvazioni dell'aiuto finanziariodell'AHN secondo il processo di domanda tradizionale.

La tecnologia elettronica sarà utilizzata prima della cessione di crediti inesigibili dopo l'esaurimento di tutte le altre fonti di ammissibilità e di pagamento. Ciò consente all'AHN di controllare tutti i pazienti non assicurati per l'aiuto finanziario prima di intraprendere azioni di riscossione straordinarie. Nell'ambito di questa politica, i dati restituiti da questo esame elettronico dell'ammissibilità costituiranno un'adeguata documentazione del fabbisogno finanziario.

Quando l'iscrizione elettronica viene utilizzata come base per l'ammissibilità presuntiva, lo sconto più elevato per l'assistenza gratuita completa sarà concesso per le prestazioni ammissibili solo per le date retrospettive di servizio. Se un paziente non ha i requisiti nell'ambito del processo di iscrizione elettronica, può comunque essere preso in considerazione nell'ambito del processo tradizionale di domanda di aiuto finanziario. Ai pazienti che non si qualificano attraverso questo processo, l'AHN fornirà una comunicazione scritta che li informerà della disponibilità di aiuto finanziario. Essa comprenderà un riassunto in linguaggio semplice della politica di aiuto finanziario e delle azioni da intraprendere in caso di mancata presentazione di una domanda o il saldo residuo non ancora pagato.

I conti dei pazienti che beneficiano dell'ammissibilità presuntiva saranno riclassificati nell'ambito della politica di aiuto finanziario. Non saranno inviati all'incasso, non saranno oggetto di ulteriori azioni di recupero, e non saranno inclusi nella spesa per crediti inesigibili dell'ospedale.

## 5. Considerazioni e amministrazione della carità

La richiesta di sconto per Assistenza Caritatevole degli importi approvati deve essere presentata ai livelli di gestione appropriati per l'approvazione della compensazione. Il paziente/garante sarà informato per iscritto se è stato autorizzato o meno a beneficiare della copertura nell'ambito del Programma di Assistenza Caritatevole.

Per agire nel migliore interesse dell'AHN e garantire il massimo rispetto in merito al conflitto di interessi, i dipendenti e la direzione si assumono la responsabilità di comunicare attivamente ai propri supervisori immediati (livello dirigenziale successivo) quando i candidati sono colleghi, parenti e/o amici delle persone responsabili dell'esame e dell'approvazione della domanda. In tali situazioni, si prevede che le domande saranno approvate da altri dirigenti, compresi, se necessario, soggetti a livello di vicepresidenza.

Per tenere traccia degli importi scontati dell'Assistenza Caritatevole saranno utilizzati codici di transazione separati.

Le domande di aiuto finanziario incomplete verranno seguite dal Supervisore o da un suo incaricato attraverso una richiesta telefonica o cartacea per sollecitare l'esame della domanda. Una volta eseguita la verifica e data l'approvazione, seguirà una lettera.

### Responsabilità

Le domande di copertura previste dal Programma di Aiuto Finanziario della Politica sull'Assistenza di Beneficenza, con la documentazione accompagnatoria completa, saranno presentate ed esaminate/approvate dalla Direzione del Centro Assistenza Clienti o dalla persona addetta. I casi in cui la rettifica supera i seguenti importi o quelli in cui l'esenzione viene chiesta a causa di avversità devono essere esaminati e approvati come segue:

#### **Approvazioni per la gestione dell'Assistenza Caritatevole**

<b>Rappresentante Autonomo</b>	<b>\$0 - \$20.000</b>
<b>Manager Autonomo</b>	<b>\$20.001 - \$50.000</b>
<b>Amministratore</b>	<b>\$50.001 - \$75.000</b>
<b>Vice Presidente, CBO</b>	<b>\$75.001 - \$150.000</b>
<b>Vice Presidente Senior, Chief Revenue Officer</b>	<b>&gt; \$150.001</b>

## 6. Reporting sulla gestione dell'Assistenza Caritatevole

Il reporting e la documentazione dell'Assistenza Caritatevole AHN avvengono regolarmente.

- ✓ I processi di Assistenza Caritatevole saranno esaminati con cadenza annuale per garantire che le politiche e le procedure siano applicate in modo uniforme. La revisione annuale consentirà inoltre di formulare dei suggerimenti in merito agli aggiornamenti e alle modifiche delle politiche e delle procedure.
- ✓ La Direzione del Centro Assistenza Clienti dovrà raccogliere, documentare e rendere di pubblico dominio le informazioni sull'assistenza di beneficenza, compresi:
  - Numero totale di persone servite
  - Totale oneri condonati
  - Costo totale dell'assistenza caritatevole
  - Totale dei finanziamenti ricevuti per sostenere i costi dell'assistenza caritatevole

### Politica di fatturazione e di riscossione

Le politiche di fatturazione e di riscossione dell'Allegheny Health Network devono essere conformi ai regolamenti federali e statali e alle leggi che regolano la fatturazione e la riscossione delle cure sanitarie.



Nessuna azione di riscossione straordinaria (ECA) sarà perseguita nei confronti di un paziente entro 120 giorni dall'emissione della fattura iniziale e senza prima compiere sforzi ragionevoli per determinare se il paziente ha diritto a ricevere l'aiuto finanziario. Gli sforzi ragionevoli comprendono, tra l'altro, i seguenti elementi:

- ✓ Verificare che il paziente sia debitore delle fatture non pagate e che tutte le fonti di pagamento di terzi siano state identificate e fatturate dall'Allegheny Health Network;
- ✓ Istituzione del divieto di compiere azioni di riscossione nei confronti di un paziente non assicurato (o che potrebbe essere sottoassicurato) fino a quando il paziente non sia stato informato della Politica di Aiuto Finanziario dell'Allegheny Health Network e non abbia avuto la possibilità di richiederla;
- ✓ Informare per iscritto il paziente di eventuali informazioni o documenti aggiuntivi che devono essere presentati per la determinazione dell'aiuto finanziario;
- ✓ Confermare se il paziente ha presentato una domanda di copertura sanitaria nell'ambito di Medicaid o di altri programmi di assistenza sanitaria sussidiati pubblicamente e ottenere la documentazione di tale domanda. L'Allegheny Health Network non proseguirà le azioni di raccolta mentre questa domanda di copertura sanitaria è ancora in corso, ma una volta determinata la copertura, seguiranno le normali azioni di riscossione.
- ✓ Inviare al paziente una comunicazione scritta degli sforzi straordinari di riscossione che l'Allegheny Health Network può avviare o ricominciare se il paziente non compila la domanda di aiuto finanziario o non paga l'importo dovuto entro 30 giorni dalla presente comunicazione scritta o entro 30 giorni dalla data fornita al paziente per compilare la richiesta di aiuto finanziario.
- ✓ Inoltre, sebbene l'AHN possa fare delle ECA dopo un periodo di notifica di 120 giorni dalla data della prima fattura emessa, in qualsiasi momento durante i successivi 120 giorni l'AHN accetterà ed elaborerà una domanda per il programma di aiuto finanziario (FAP) da parte di un paziente, e durante tale periodo gli sforzi di fare delle ECA cesseranno fino a quando non sarà stato stabilito che il paziente è ammissibile alla FAP. Di conseguenza, il periodo totale durante il quale l'AHN accetterà ed elaborerà le domande FAP è di 240 giorni dalla data del primo estratto conto.

La politica dell'Allegheny Health Network in materia di assistenza per le emergenze mediche proibisce la riscossione del pagamento prima di ricevere le prestazioni o attività di riscossione che potrebbero interferire con la fornitura di prestazioni mediche di emergenza. Riferimento: Allegheny Health Network's Emergency Medical Treatment and Labor Act Policy (policy stat ID 2538428).

L'Allegheny Health Network può portare avanti le normali azioni di riscossione nei confronti dei pazienti ritenuti inammissibili all'aiuto finanziario, o dei pazienti che non collaborano più in buona fede per pagare il saldo restante.

Nessun ente di riscossione, studio legale o persona fisica può intentare un'azione legale contro un paziente per il mancato pagamento di una fattura dell'Allegheny Health Network senza l'approvazione scritta di un dipendente autorizzato dell'Allegheny Health Network.

### **Informazioni sullariscossione**

L'Allegheny Health Network si impegna in ogni momento a massimizzare il rimborso da parte di terzi per ridurre l'onere finanziario del paziente. Quando la copertura di terzi non copre le prestazioni rese, o quando non è in vigore alcuna copertura di terzi, l'Allegheny Health Network si aspetta il pagamento da parte del paziente delle prestazioni rese, a meno che il paziente non ottenga un aiuto finanziario attraverso il processo di domanda o sia presumibilmente ammissibile.

Quando la procedura di incasso avanza e il saldo dell'auto-pagamento rimane insoluto, l'ufficio Revenue Cycle passerà o raccomanderà il passaggio alla condizione di credito inesigibile in base alla politica e alla procedura stabilite.

### **Piani di pagamento**

Per le prestazioni dell'Allegheny Health Network sono disponibili, previa approvazione, dei piani di pagamento. I piani di pagamento sono ragionevoli rispetto agli standard del settore.

#### **Fallimento**

In caso di fallimento del paziente, una volta che l'Allegheny Health Network avrà ricevuto la domanda di insinuazione al passivo, le azioni di recupero cesseranno immediatamente per i saldi insoluti sostenuti per tutte le prestazioni fornite prima e fino alla data di deposito della dichiarazione di fallimento.

#### **Requisiti normativi**

L'Allegheny Health Network deve rispettare tutte le leggi, le norme e i regolamenti federali, statali e locali e i requisiti di reporting applicabili alle attività svolte in base alla presente politica. Questa politica prevede che Allegheny Health Network segua tutte le procedure di riscossione e di aiuto finanziario fornite per garantire un reporting preciso.

#### **Conservazione della documentazione**

L'Allegheny Health Network documenta tutte le azioni di riscossione e l'aiuto finanziario al fine di mantenere controlli adeguati e di soddisfare tutti i requisiti di conformità interni ed esterni.

#### **Approvazione della politica**

La politica di aiuto finanziario e di riscossione dell'Allegheny Health Network è soggetta a revisione periodica e può essere rivista in qualsiasi momento in base alle esigenze aziendali. Il Consiglio di Amministrazione dell'Allegheny Health Network e i consigli di amministrazione degli ospedali AHN competenti devono approvare le eventuali modifiche della politica.

## APPENDICE A: Prestazioni selezionate non coperte dalla Politica di Aiuto Finanziario

Definizione	Ammissibilità al programma		Definizione delle prestazioni ed esempi
	Sconto per pagamento diretto	Assistenza Caritatevole	
Conti sovvenzioni	No	No	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Addison Gibson</li> <li>• Ryan White</li> <li>• Altre prestazioni coperte da sovvenzioni/fondazioni</li> </ul>
Alcune prestazioni, cure dai costi elevati; cure con altre opzioni di cure alternative a costi inferiori	Si	No	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impianti cocleari</li> <li>• Chirurgia bariatrica</li> <li>• LDL Aferesi</li> <li>• Stimolazione cerebrale profonda</li> <li>• Vasectomia o reversione della vasectomia</li> <li>• Trapianti</li> <li>• Dispositivo per aiuto del ventricolo sinistro (v. trapianti)</li> <li>• Apparecchi acustici pediatrici</li> <li>• Qualunque altra procedura che non soddisfi un'esigenza medica.</li> </ul>
Non necessarie dal punto di vista medico	No	No	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chirurgia/procedura cosmetica</li> <li>• Fecondazione in vitro</li> <li>• Ultrasuoni in ambito ostetrico non necessari dal punto di vista medico, colonscopia virtuale e RM/PET di tutto il corpo</li> </ul>