

**MERIDIAN HEALTH SYSTEM, INC.**  
**MANUALE DELLA POLIZZA**

**POLIZZA PER ASSISTENZA FINANZIARIA, CURE D'URGENZA E LIMITI DEGLI  
ADDEBITI IN ALCUNI OSPEDALI CONVENZIONATI**

Data di entrata in vigore:	1 luglio 2012	Numero di polizza:	MH-PACOMP-0080
Data di revisione:	30 giugno 2016	Approvata da:	Vicepresidente dei Servizi finanziari dei pazienti
Data della prossima revisione:	30 settembre 2016	Con riferimenti incrociati a:	MH-PACOMP-0081

## **I. SCOPO**

Assicurare che Meridian Health System, Inc. (“**Meridian Health**”) ed altri degli enti ospedalieri concessionari di proprietà delle sue affiliate (collettivamente qui chiamate la “**Convenzione**” e ciascuna affiliata qui chiamata “**Ente convenzionato**”) siano conformi alle normative statali e federali che disciplinano la fornitura di cure mediche di urgenza, assistenza finanziaria e limitazioni degli addebiti per i pazienti a cui spetta l'assistenza finanziaria. Questa polizza è valida presso gli enti ospedalieri concessionari seguenti all'interno della Convenzione (altri Enti ospedalieri convenzionati sono soggetti a polizze diverse):

- Bayshore Community Hospital (Holmdel)
- Jersey Shore University Medical Center (Neptune)
- K. Hovnanian Children's Hospital (Neptune)
- Ocean Medical Center (Brick)
- Raritan Bay Medical Center (Old Bridge and Perth Amboy)
- Riverview Medical Center (Red Bank)
- Southern Ocean Medical Center (Manahawkin)

Per gli scopi di questa polizza il termine “paziente” significa la persona che riceve le cure mediche o il suo garante.

## **II. CURE D'URGENZA**

Nella Convenzione, nei suoi ospedali e presso tutti i medici con facoltà di ammissione di pazienti – compresi i reparti di pronto soccorso, traumatologia, radiologia, patologia, anesthesiologia o qualsiasi professionista sanitario che dispensi cure mediche necessarie – vige la regola dell'osservanza degli standard della legge federale Emergency Medical Treatment and Active Labor Act del 1986 (“**EMTALA**”) e delle normative corrispondenti nella fornitura di un esame medico di controllo e di ulteriore trattamento che possa rivelarsi necessario per stabilizzare una condizione medica di emergenza per qualsiasi individuo che si rechi presso il

pronto soccorso per richiedere cure mediche, a prescindere dalle condizioni psichiatriche o mediche del paziente, della sua razza, religione, età, sesso, colore della pelle, origine nazionale, stato d'immigrante, preferenze sessuali, disabilità o capacità di fare fronte alle spese mediche. Meridian Health proibisce qualsiasi azione che possa scoraggiare a chiedere cure d'urgenza, come (i) richiedere il pagamento prima del trattamento al reparto di pronto soccorso, o (ii) attività di recupero crediti che possano interferire con la fornitura di cure d'urgenza.

### **III. ASSISTENZA FINANZIARIA**

La Convenzione, i suoi ospedali e qualsiasi medico che lavori per loro come dipendente o a contratto nella prestazione di cure mediche ai pazienti (compresi coloro che lavorano nei reparti di pronto soccorso, traumatologia, radiologia, patologia, anesthesiologia o medici generici ospedalieri o dei reparti di cura intensiva) dovranno attenersi a questa polizza. Vedere l'allegato A per un elenco completo dei reparti partecipanti di ciascun ospedale.

La Convenzione fornirà assistenza finanziaria ai pazienti in varie modalità, tra cui anche secondo certi programmi federali e statali, il NJ Hospital Care Payment Assistance Program ("Charity Care") e sconti a coloro che non hanno assicurazione medica.

Charity Care è disponibile per chi è privo dei requisiti per programmi statali o federali. I pazienti che con redditi pari a un massimo del 300% dell'FPL (Federal Poverty Level: livello di povertà federale) hanno i requisiti per il programma Charity Care del New Jersey secondo le normative stabilite dal NJAC 10:52, Subchapters 11, 12, 13. Le richieste per chi ha diritto alla copertura assistenziale secondo il programma Charity Care del New Jersey vengono espletate tramite il fondo di sussidi NJ Healthcare Subsidy Relief Fund. I conti finanziari del Charity Care sono trasmessi allo Stato del New Jersey con spese lorde per la valutazione dei sussidi.

I limiti delle fatture delle persone non coperte da assicurazione medica sono secondo NJ P.L.2008 c.60. I pazienti privi dei requisiti per i programmi di assicurazione sanitaria statali o federali o per il programma Charity Care dello stato del New Jersey sono idonei ottenere dei prezzi molto scontati sebbene esclusi dalle tariffe degli assicurati.

Gli Enti convenzionati si accerteranno che tutti i pazienti che hanno diritto a Charity Care o a sconti per i non assicurati non ricevano fatture superiori agli AGB (Amounts Generally Billed: importi normalmente fatturati) a coloro che hanno copertura assicurativa per le stesse cure mediche. Nel caso di pazienti che hanno diritto a Charity Care, gli AGB verranno determinati utilizzando i prezzi Medicare in vigore al momento. Nel caso di pazienti che hanno diritto a sconti per i non assicurati, gli AGB verranno determinati utilizzando i prezzi Medicare calcolati per ogni servizio reso in vigore al momento. Una fattura dettagliata indicherà le spese lorde come punto d'inizio per indennità, sconti e deduzioni.

Tutti i pazienti non assicurati verranno valutati da un perito dell'assistenza finanziaria di Meridian Health per determinare se dotati dei requisiti per assicurazione prima di determinare il diritto a Charity Care. Il processo di valutazione non avviene finché il paziente non è stato visitato e le sue condizioni fisiche stabilizzate da un medico. Inoltre un Ente convenzionato può richiedere una relazione di credito per quei pazienti che si identificano come privi di reddito o per coloro che sono lavoratori in proprio. Qui di seguito vengono riassunti i vari programmi per i quali gli individui verranno valutati:

- **Health Insurance Marketplace: In accordo con l'Affordable Care Act, i periti di Meridian Health Certified Application valuteranno i pazienti per determinare se hanno diritto ad acquistare l'assicurazione tramite il**

**Marketplace e/o a ricevere un sussidio dal governo federale per acquistare l'assicurazione.**

- **Medicaid:** I periti di Meridian Health Financial Assistance aiuteranno i pazienti dotati dei requisiti ad espletare il processo di domanda. Ci sono diversi tipi di Medicaid disponibili tramite il NJ Department of Health; aiuteremo a determinare quale sia il programma più adatto alle circostanze del paziente.
- **SSI-Medicaid:** Integra i benefici di Medicaid con un sussidio mensile che aiuta a far fronte alle esigenze primarie. L'assistenza è disponibile in luogo per aiutare i pazienti ricoverati e alcuni esterni, che rispondono ai criteri di idoneità, nel processo di domanda.
- **NJ Family Care (NJFC):** Un programma di assicurazione che fornisce copertura assicurativa per adulti e bambini fino al 138% dell'FPL. I periti del Meridian Health Financial Assistance aiuteranno a compilare la domanda in linea.
- **Presumptive Eligibility-Medicaid:** Copertura assicurativa temporanea una volta l'anno per individui che soddisfano i criteri di idoneità in modo che i costi delle cure mediche possano essere coperti mentre il NJ Family Care viene deciso dallo stato del New Jersey. I periti del Meridian Health Financial Assistance aiuteranno a compilare la domanda.
- **Charity Care - NJ Hospital Care Payment Assistance Program:** Fornisce assistenza per coprire soltanto i costi dei servizi ospedalieri. I pazienti devono presentare una lettera di rifiuto di NJFC che indichi che questi servizi di assistenza non sono riconosciuti a causa di un reddito superiore al limite o qualora i pazienti non siano residenti o non rispondano ad altri criteri imposti dalle normative NJFC. Il rifiuto dell'assistenza per non conformità ai requisiti NJFC non è sufficiente per fruire di Charity Care. Ai pazienti viene richiesto di documentare il reddito, le dimensioni del nucleo familiare e i dati patrimoniali in base alle normative di NJAC 10:52, Subchapters 11, 12, 13. I pazienti che richiedono assistenza finanziaria vengono indirizzati ad un perito di assistenza finanziaria per la valutazione.
- **Prezzi scontati per i pazienti non assicurati** - vedere di seguito.

#### **IV. CRITERI DI AMMISSIBILITÀ CHARITY CARE**

Il programma di assistenza New Jersey Hospital Care Payment Assistance (Charity Care assistance) fornisce cure mediche gratuite o a basso costo ai pazienti ricoverati e non ricoverati in ospedali per cure intensive in tutto lo stato del New Jersey. Charity Care è disponibile per cure ospedaliere di emergenza e necessarie dal punto di vista medico. Secondo quanto stabilito dal New Jersey Administrative Code 10:49-5.1 la necessità dal punto di vista medico è decisa dal medico curante o altro di turno e si basa sugli standard generalmente accettati dai professionisti sanitari e promulgati dal programma Medicaid del New Jersey. Le ricette mediche per i pazienti non ricoverati e le altre cure mediche di follow-up sono separate dai costi ospedalieri e non sono ammissibili per sconti previsti dal programma Charity Care. Lo stato di necessità finanziaria viene determinato secondo le richieste, l'approvazione, le fatture e i procedimenti di Charity Care NJAC 10:52, Subchapters 11, 12, 13.

L'assistenza Charity Care è disponibile per i residenti del New Jersey che:

1. Non hanno copertura assicurativa o hanno copertura che paga soltanto per una parte dei costi e
2. Non sono idonei a ottenere coperture private o di programmi di assistenza pubblica (come Medicaid) e
3. Rispondono ai criteri di reddito e patrimoniali che sono elencati qui di seguito.

Inoltre Charity Care è disponibile per i non residenti dello stato del New Jersey, con determinate restrizioni di date e di altri criteri e non è valida per un periodo di tempo determinato.

**A. Criteri di reddito** Il reddito di una famiglia comprende stipendi, salari, reddito da attività commerciali e da investimenti che sia dichiarabile per le tasse. I membri di una famiglia comprendono il richiedente, il coniuge, i figli minori a carico e altri adulti per i quali il richiedente sia responsabile. Il link seguente al sito Medicare.gov fornisce le informazioni relative al livello di povertà federale. <https://www.medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/by-topics/eligibility/eligibility.html>

<u>Reddito come percentuale di HHS Poverty Income Guidelines (Linee guida del livello di povertà emesse dal HHS)</u>	<u>Percentuale dei prezzi Medicaid A carico del paziente</u>
Inferiore o uguale al 200%	0% del prezzo Medicaid
Superiore al 200% ma inferiore o uguale al 225%	20% del prezzo Medicaid
Superiore al 225% ma inferiore o uguale al 250%	40% del prezzo Medicaid
Superiore al 250% ma inferiore o uguale al 275%	60% del prezzo Medicaid
Superiore al 275% ma inferiore o uguale al 300%	80% del prezzo Medicaid
Superiore al 300%	Prezzo con sconto per non assicurati

Non ci sono obblighi finanziari per i pazienti che si trovino dal 20% all'80% della scala per i saldi rimanenti (cioè gli importi a carico del paziente) che superino il 30% del loro reddito lordo annuale. Gli importi che superano la soglia del 30% verranno azzerati completamente.

## **B. Criteri patrimoniali**

I beni patrimoniali appartenenti a ciascun individuo non possono superare \$ 7.500 e i beni appartenenti ad una famiglia non possono superare \$ 15.000. I beni patrimoniali sono articoli convertibili facilmente in contanti. Questi comprendono, a titolo d'esempio, contante, conti bancari correnti e di risparmio, certificati di deposito, buoni del tesoro nazionale, titoli negoziabili, azioni e obbligazioni, conti di investimento pensioni (IRA), fondi fiduciari e patrimoni in beni immobili che non siano la residenza primaria del richiedente o della sua famiglia (ove vi sia). Qualora i beni del richiedente dovessero superare questi limiti, il

richiedente potrà ridurli pagando una parte delle spese ospedaliere e altre spese mediche approvate.

### **C. Metodo utilizzato per determinare gli importi fatturati in genere (AGB) per cure mediche di urgenza o necessarie del punto di vista medico**

I rimborsi Charity Care per i pazienti ricoverati e non ricoverati in ospedali convenzionati si basano sui prezzi del programma Medicaid del New Jersey e sulle polizze del programma per i pazienti ricoverati e non ricoverati basate sulle normative 10:52-1.6, Covered Services (servizi per pazienti in regime di ricovero e no) e NJAC 10:52-4, Basis of Payment. Per le normative fiscali federali, l'AGB per questi servizi verrà determinato in base prospettica usando i prezzi Medicaid applicabili in vigore. Ai pazienti a cui spetta fruire del beneficio per meno del costo completo verrà addebitata una percentuale dei prezzi Medicaid applicabili ed allo stesso modo, a tutti i pazienti che ricevono Charity Care verrà addebitato un costo inferiore all'AGB.

I rendiconti delle fatture che vengono emessi per i pazienti con i requisiti per Charity Care indicheranno i prezzi lordi come punto iniziale per le indennità, per gli sconti e per le deduzioni.

### **V. METODO PER L'APPLICAZIONE DEL NJ CHARITY CARE**

La Convenzione aderisce alle normative della notifica del paziente di programmi di assistenza finanziaria disponibili per quei pazienti che ne possono usufruire secondo quanto stabilito da NJAC 10:52, Subchapters 11, 12, 13.

Una richiesta per Charity Care e una determinazione di necessità finanziaria possono essere iniziate in qualsiasi momento, con inizio da quando il paziente ritiene che sarà necessaria una visita medica, fino a due anni dopo la data dei servizi resi. L'idoneità parte dalla data dei servizi resi e la durata dell'idoneità si basa sul tipo di sussidio ricevuto – vedere di seguito.

- Sussidio limitato al pronto soccorso – Per pazienti ricoverati tramite il pronto soccorso, vale solo per quel periodo di ricovero in ospedale.
- Sussidio di 3 mesi – Per pazienti non ricoverati/in osservazione – I pazienti aventi i requisiti per NJFC. Questo tipo di sussidio copre i pazienti per i servizi aggiuntivi di cui hanno bisogno presso l'ospedale per i 3 mesi successivi mentre aspettano l'approvazione del NJFC.
- Fino ad un anno, purché non si oltrepassi la data del periodo di iscrizione successivo per l'Healthcare Exchange – per i pazienti che non avrebbero i requisiti per NJFC (per esempio, hanno già un'assicurazione ma non secondaria, sono immigrati non documentati, Medicare non secondaria, persone che avrebbero i requisiti per Medicare, ma non possono fare domanda perché il Marketplace è chiuso).

I moduli di richiesta per Charity Care e le informazioni relative ai contatti con il dipartimento sono disponibili presso qualsiasi ente convenzionato e recandosi al sito <http://www.meridianhealth.com/about-meridian/your-bill/index.aspx> e le informazioni sono state consegnate a tutto il personale dell'ospedale. Gli Enti convenzionati mantengono uffici di assistenza finanziaria presso Jersey Shore University Medical Center, Neptune, NJ, Ocean Medical Center, Brick, NJ, Riverview Medical Center, Red Bank, NJ, Southern Ocean Medical Center, Manahawkin, NJ, Bayshore Community Hospital, Holmdel, NJ, Meridian Family Health

Center, Neptune, NJ, Jane H Booker Family Health Center, Neptune, NJ, Booker Behavioral Health Center, Shrewsbury, NJ, Parkway 100 Behavioral Health Center, Neptune, NJ, e Raritan Bay Medical Center, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ. I periti di assistenza finanziaria sono in servizio in questi uffici per richieste di informazioni e per rispondere a domande ed aiutare nella compilazione delle domande. Per fissare un appuntamento, chiamare il numero 732-212-6505. I richiedenti devono fornire il modulo Charity Care compilato all'Ente convenzionato interessato. I documenti necessari comprendono documenti di identificazione personale, di residenza nello stato del New Jersey dal momento del servizio reso e che dimostrino che il richiedente intende rimanere nel New Jersey, la prova di reddito per un mese prima della data del servizio e estratti conti bancari che indichino il saldo del conto alla data di servizio reso e una domanda firmata che confermi la validità dei dati presentati. I moduli compilati possono essere inviati via posta, via posta elettronica, consegnati di persona o trasmessi per via telefonica (con la firma originale inviata in seguito) ad ogni Ente convenzionato.

Una volta ricevuta tutta la documentazione, la domanda verrà elaborata velocemente e il richiedente verrà contattato con le informazioni relative allo stato della domanda entro 10 giorni dal ricevimento. Se la domanda non contiene la documentazione necessaria, il richiedente verrà notificato per iscritto entro 10 giorni lavorativi, con le informazioni relative a cosa manca per completarla. In ogni caso, tutti i richiedenti riceveranno una decisione per iscritto. Se il paziente ha diritto a cure mediche scontate, ma non completamente gratuite, gli verrà consegnata una fattura che indica l'importo che deve pagare e come è stato determinato.

Un richiedente o la persona responsabile per il pagamento può presentare una domanda compilata per i sussidi Charity Care in qualsiasi momento fino a 24 mesi dalla data del servizio ricevuto come paziente non ricoverato o al momento della dimissione dall'ospedale, se in regime di degenza.

Un Ente convenzionato può concedere Charity Care sulla base di prove diverse da quelle descritte nel procedimento per assistenza finanziaria/Charity Care e basandosi su una dichiarazione firmata anche se la domanda di assistenza finanziaria o Charity Care non descrive queste prove. Queste informazioni possono essere ottenute da un individuo sia per iscritto che oralmente (o una combinazione di entrambi i metodi). Un Ente convenzionato può concedere assistenza finanziaria basandosi su informazioni fornite dall'individuo in una domanda precedente di assistenza finanziaria se queste informazioni sono importanti per la domanda attuale. Un Ente convenzionato può utilizzare informazioni provenienti da un ufficio crediti o da altre fonti esterne.

I pazienti a cui spetta Charity Care a prezzi scontati, ma non completamente gratis, non riceveranno fatture a prezzi interi per i saldi che ancora devono pagare. Al paziente verrà addebitato il 20%, 40%, 60% o 80% del tasso di rimborso di Medicaid a seconda della valutazione finanziaria.

I richiedenti ai quali sia stata negata charity care verranno avvertiti per iscritto delle ragioni per le quali l'assistenza è stata negata e verrà loro comunicata la possibilità dello sconto per i non assicurati.

## **VI. PREZZI SCONTATI PER I NON ASSICURATI**

Gli Enti convenzionati manterranno dei prezzi per coloro che pagano direttamente per i pazienti privi di assicurazione medica e dei requisiti per Charity Care. Mentre le parcelle di un medico possono essere idonee a uno sconto di Charity Care, le parcelle di un medico non sono

idonee allo sconto Uninsured Self Pay. I servizi ospedalieri coperti dai prezzi Uninsured Self Pay comprendono interventi chirurgici in regime di ricovero e non, ostetricia, servizi ricorrenti, procedure senza ricovero, pronto soccorso, prove diagnostiche e servizi di laboratorio e non comprendono servizi di procedure estetiche o altri servizi non necessari a livello medico. I prezzi di autopagamento verranno mantenuti da un comitato del quale fanno parte rappresentanti dei Patient Financial Services, Access Services, Patient Accounting e Management

I prezzi per i pazienti non assicurati che non hanno diritto a Charity Care verranno basati sui tassi di rimborso dei prezzi per servizio reso di Medicare. Gli AGB per i servizi di emergenza e i servizi necessari dal punto di vista medico forniti ai pazienti non assicurati verranno determinati su base prospettica utilizzando i tassi di rimborso dei prezzi per servizio reso di Medicare in essere (considerando l'intero importo da pagare da Medicare e dal paziente nel caso il paziente fosse un beneficiario del servizio Medicare). Allo stesso modo, nessun paziente che riceve lo sconto per i non assicurati dovrà pagare più dell'AGB.

Le fatture emesse ai pazienti che ricevono lo sconto per i non assicurati indicheranno i prezzi lordi come punto di inizio per indennità, sconti e deduzioni.

L'elenco dei prezzi standard è solo per i pazienti che non hanno assicurazione medica. Ai pazienti che non hanno assicurazione medica, al momento della prenotazione di una visita non di urgenza, di una pre-registrazione o registrazione all'ospedale:

- a. Verranno comunicati i prezzi Medicare per i servizi che riceveranno e verrà loro richiesto di pagare in anticipo con carta di credito, contanti o assegno.
- b. Verranno informati, qualora non possano pagare in anticipo, dell'opportunità di fissare un appuntamento con un perito Meridian Health Financial per determinare se rispondono ai criteri necessari per NJ Family Care o Charity Care. A queste persone verrà chiesto di spostare gli appuntamenti all'ospedale finché non sia stato completato il processo di verifica della domanda.

A tutti i pazienti che pagano il costo preventivato in anticipo per un'operazione senza ricovero, per un ricovero, per un servizio di ostetricia o ricorrente verrà comunicato che questo pagamento anticipato viene considerato un costo stimato. Le tariffe e gli addebiti possono variare a seconda delle condizioni individuali e dei risultati clinici. I costi verranno riconsiderati dall'ufficio finanziario (patient accounting) e il saldo verrà fatturato usando i prezzi Medicaid per ogni servizio per i costi aggiuntivi.

## **VII. MISURE PER LA DIFFUSIONE NELLA COMUNITÀ DELLA POLIZZA DI ASSISTENZA FINANZIARIA**

Al fine di assicurare che la comunità servita dalla Convenzione sia informata riguardo ai programmi di assistenza Financial Assistance/Charity Care un avviso ad essi relativo è apposto su tutte le fatture e sulle lettere di richiesta di pagamento (dove appare anche un numero di telefono per informazioni relative al FAP e ai processi di domanda e l'indirizzo di un sito web dove sono disponibili le copie delle informazioni sul FAP, sul PLS e i moduli di richiesta.

Inoltre informazioni relative alla assistenza finanziaria sono affisse al pronto soccorso, ai centri di cure d'urgenza, presso i reparti di ammissione e di registrazione e negli uffici dei servizi finanziari in ciascun ospedale. Copie stampate di questa polizza, un riassunto in termini colloquiali di questa polizza (Vedere allegato B) e il modulo di domanda di assistenza finanziaria si trovano presso questi uffici ed ospedali. I materiali di cui sopra (insieme alle normative relative

alle fatture e alle richieste di pagamento della Convenzione) sono disponibili in inglese e in tutte le altre lingue che coprano 1.000 persone o il 5% della popolazione della comunità (a seconda di quale sia il valore inferiore), come deciso per ogni ospedale della Convenzione. Gli Enti convenzionati forniscono inoltre servizi di interpretariato e di traduzione e informazioni per pazienti con problemi di vista, di udito o di comprensione in modo da rispondere alle necessità dei pazienti. I periti finanziari parteciperanno a programmi di sensibilizzazione della comunità per assicurare che la disponibilità di aiuti finanziari ai sensi di questa polizza sia chiara alla popolazione maggiormente esposta al bisogno finanziario. Il riassunto in termini colloquiali è disponibile presso i centri comunitari, le chiese, aree di aggregazione e dove si svolgono eventi per la comunità.

Questa polizza (e il riassunto in termini colloquiali), il modulo di domanda di assistenza finanziaria e le normative relative alle fatture e alle richieste di pagamento si trovano anche sul sito web di Meridian Health <http://www.meridianhealth.com/about-meridian/your-bill/index.aspx> e sono disponibili gratuitamente dietro richiesta. La guida contiene tutte le informazioni relative ai programmi NJ Medicaid, SSI Medicaid, NJ Family Care, Presumptive Eligibility e Charity Care.

## **VIII. FATTURAZIONE SCRITTA SEPARATA E REGOLAMENTO PER RICHIESTE DI PAGAMENTO**

Se il paziente non paga la fattura, gli vengono inviate diverse richieste di pagamento, tra cui anche azioni di recupero credito che comportano procedimenti legali o giudiziari (come sentenze giudiziarie, oneri e gravami). Per ulteriori informazioni vedere le Normative della Convenzione sulle azioni di recupero straordinario, una copia delle quali è disponibile presso <http://www.meridianhealth.com/about-meridian/your-bill/index.aspx>.

## **IX. UFFICIO O ENTE RESPONSABILE PER L'IMPLEMENTAZIONE E L'ESECUZIONE DELLE NORMATIVE**

Il Meridian Health Board of Trustees ha delegato al vicepresidente di Finance, Patient Financial Services l'incarico di imporre ed eseguire le normative e le procedure.