

ST. VINCENT'S MEDICAL CENTER

FATTURAZIONE E RECUPERO CREDITI

In vigore dal 1° luglio 2018

POLITICA/PRINCIPI

Rientra nella politica del St. Vincent's Medical Center (l'“Organizzazione”) garantire prassi socialmente eque per la fornitura di cure di emergenza o necessarie dal punto di vista medico presso l'Organizzazione ai sensi della Politica di assistenza finanziaria (o FAP). Questa Politica di fatturazione e recupero crediti è stata creata appositamente per trattare le prassi di fatturazione e recupero crediti per i pazienti che necessitano di assistenza finanziaria e che ricevono cure presso l'Organizzazione.

Tutte le prassi di fatturazione e recupero crediti riflettono il nostro impegno e rispetto nei confronti della dignità umana del singolo e del bene comune, la nostra preoccupazione e solidarietà particolarmente in relazione a persone che vivono in condizioni di povertà e altre persone vulnerabili e il nostro impegno per la buona amministrazione e la giustizia distributiva. I dipendenti e gli agenti dell'Organizzazione devono agire in un modo che rifletta le politiche e i valori di una struttura cattolica, tra cui il trattamento dei pazienti e delle rispettive famiglie con dignità, rispetto e compassione.

Questa Politica di fatturazione e recupero crediti vale per tutti i servizi di emergenza e necessari dal punto di vista medico erogati nell'Organizzazione, inclusi servizi di medici dipendenti e quelli relativi ai disturbi comportamentali. La presente Politica di fatturazione e recupero crediti non vale per pagamenti previsti per procedure elettive.

DEFINIZIONI

1. “**501(r)**” indica l'Articolo 501(r) del Codice tributario statunitense (Internal Revenue Code) e i regolamenti promulgati in relazione ad esso.

2. Con “**Periodo di domanda**” si intende il periodo durante il quale una domanda FAP può essere presentata all'Organizzazione. Il Periodo della domanda inizia all'evento che si verifica per primo tra la data di invio della domanda FAP e la data di fornitura delle cure e termina alla data specificata nella Notifica di cessazione del periodo della domanda.

3. “**Notifica di termine del periodo della domanda**” indica una notifica scritta che definisce la scadenza dopo la quale l'Organizzazione non accetterà più né elaborerà una domanda FAP presentata (o, se applicabile, completata) dal paziente per le cure precedentemente fornite in esame, con la scadenza specificata nella notifica scritta che non dovrà essere precedente (a) a trenta (30) giorni dalla data della notifica scritta, (b) a 240 giorni dopo la data di emissione della prima fattura post-ricovero per le cure precedentemente fornite, o (c) nel caso in cui il paziente ritenuto presumibilmente idoneo all'assistenza finanziaria inferiore al 100%, il termine del tempo ragionevole per richiedere l'assistenza finanziaria come descritto in questa sede. La Notifica di

termine del periodo della domanda può essere un documento scritto separato oppure il testo incluso in un'altra notifica scritta inviata al paziente.

4. Con “**Azioni straordinarie di recupero crediti**” o “**ECA**” si intendono le seguenti attività di recupero crediti soggette a restrizioni ai sensi del 501(r):

- a. Vendita del debito di un paziente a un'altra parte, salvo se l'acquirente è soggetto ad alcune restrizioni descritte di seguito.
- b. Segnalazione delle informazioni negative sul paziente alle agenzie di verifica del credito al consumo o agli uffici di credito.
- c. Rinvio o rifiuto, oppure richiesta di un pagamento prima della fornitura, delle cure necessarie dal punto di vista medico a causa del mancato pagamento del paziente di una o più fatture per le cure precedentemente fornite che rientrano nella FAP.
- d. Azioni che richiedono un processo legale o giudiziario, ad eccezione delle domande presentate nell'ambito di una procedura di fallimento o di lesioni personali. Queste azioni includono, a titolo esemplificativo,
 - i. un'ipoteca sulla proprietà del paziente,
 - ii. pignoramento di una proprietà del paziente,
 - iii. imposizione di un'imposta oppure sequestro o confisca di un conto corrente di un paziente o di un'altra proprietà personale,
 - iv. avvio di un'azione civile contro un paziente, e
 - v. pignoramento degli stipendi di un paziente.

Un'ECA non include nessun elemento seguente (anche se i criteri di un'ECA come definiti sopra sono altrimenti in genere soddisfatti):

- a. la vendita di un debito del paziente se, prima della vendita, esiste un accordo scritto legalmente vincolante con l'acquirente del debito ai sensi del quale
 - i. l'acquirente ha il divieto di impegnarsi in un'ECA per ottenere il pagamento dell'assistenza;
 - ii. l'acquirente ha il divieto di addebitare l'interesse al debito in eccesso del tasso in vigore ai sensi della sezione 6621(a)(2) del Codice tributario statunitense (Internal Revenue Code) al momento della vendita del debito (o altro tasso di interesse definito tramite avviso o altre indicazioni pubblicate nell'Internal Revenue Bulletin);
 - iii. il debito è restituibile a, o richiamabile da, l'Organizzazione in seguito alla decisione da parte di quest'ultima o dell'acquirente che il paziente sia idoneo all'assistenza finanziaria; e
 - iv. l'acquirente è tenuto a rispettare le procedure specificate nell'accordo che garantiscono che il paziente non paghi, e non abbia l'obbligo di pagare, l'acquirente e l'Organizzazione più di quanto non sia personalmente responsabile di pagare ai sensi del FAP, qualora il paziente sia ritenuto idoneo all'assistenza finanziaria e il debito non sia restituito o richiamato dall'Organizzazione;
- b. qualsiasi ipoteca che l'Organizzazione è autorizzata a rivendicare ai sensi delle leggi statali sugli utili derivanti da una sentenza, un accordo o un compromesso dovuti a un

- paziente in seguito alle lesioni personali per le quali l'Organizzazione ha fornito le cure; o
- c. la presentazione di una domanda nell'ambito di una procedura di fallimento.

5. “**FAP**” indica la Politica di assistenza finanziaria dell'Organizzazione, ossia una politica che prevede l'offerta di assistenza finanziaria ai pazienti idonei nell'ambito della promozione della missione dell'Organizzazione e di Ascension Health e conformemente al 501(r).

6. “**Domanda FAP**” indica la domanda di assistenza finanziaria.

7. Con “**assistenza finanziaria**” si intende l'assistenza che l'Organizzazione può fornire al paziente ai sensi della FAP dell'Organizzazione.

8. “**Organizzazione**” indica St. Vincent’s Medical Center, che fa parte di Ascension Health. Per richiedere ulteriori informazioni, inviare domande o commenti oppure presentare un reclamo, è possibile contattare l'ufficio indicato di seguito o in qualsiasi avviso o comunicazione pertinente ricevuta dall'Organizzazione:

Patient Financial Services
Customer Service Call Center Manager
203-576-5374
2720 Main Street, Bridgeport CT, 06606
All'attenzione di: Customer Service

9. “**Paziente**” indica un individuo che riceve le cure (o che ha ricevuto le cure) dall'Organizzazione e qualsiasi altra persona responsabile dal punto di vista finanziario di tali cure (inclusi i familiari e i tutori).

PRASSI DI FATTURAZIONE E RECUPERO CREDITI

L'Organizzazione esegue un processo disciplinato per l'emissione regolare di fatture ai pazienti per i servizi prestati e per le comunicazioni con i pazienti. In caso di mancato pagamento da parte di un paziente per i servizi forniti da parte dell'Organizzazione, quest'ultima potrà compiere delle azioni per ottenere il pagamento, inclusi a titolo esemplificativo, tentativi di comunicazione per via telefonica, e-mail e di persona e una (1) o più ECA, ai sensi delle disposizioni e delle restrizioni contenute nella presente Politica di fatturazione e recupero crediti.

Ai sensi del 501(r), la presente Politica di fatturazione e recupero crediti identifica i tentativi ragionevoli che l'Organizzazione deve intraprendere per determinare se un paziente sia idoneo ai sensi della FAP all'assistenza finanziaria prima di impegnarsi in un'azione di riscossione straordinaria o ECA. Dopo la determinazione, l'Organizzazione può procedere con una o più ECA, come descritto in questa sede.

1. Elaborazione della domanda FAP. Salvo quanto previsto di seguito, un paziente può presentare una domanda FAP in qualsiasi momento durante il Periodo di domanda. L'Organizzazione non sarà obbligata ad accettare una domanda FAP dopo il Periodo della

domanda salvo se richiesto nello specifico dal 501(r). Le decisioni relative all'idoneità per l'assistenza finanziaria saranno elaborate sulla base delle seguenti categorie generali.

- a. Domande FAP complete. Nel caso di un paziente che invia una domanda FAP completa durante il Periodo di domanda, l'organizzazione potrà sospendere tempestivamente le ECA per ottenere il pagamento delle cure, determinare l'idoneità e fornire una notifica scritta, come indicato di seguito.
- b. Accertamento dell'idoneità presumibile. Se un paziente è ritenuto presumibilmente idoneo a un costo inferiore rispetto all'assistenza più generosa disponibile ai sensi della FAP (ad esempio, l'accertamento dell'idoneità si basa sulla domanda inviata in relazione alle cure precedenti), l'Organizzazione informerà il paziente della base di accertamento e garantirà al paziente un periodo di tempo ragionevole per richiedere un'assistenza più generosa prima di avviare un'ECA.
- c. Notifica e processo senza invio della domanda. Salvo invio di una domanda FAP o determinazione dell'idoneità ai sensi dei criteri di idoneità presumibile della FAP, l'Organizzazione rinuncerà ad avviare le ECA per almeno 120 giorni dalla data di invio al paziente della prima fattura post-dimissioni per le cure. In caso di episodi multipli di trattamento, queste disposizioni di notifica possono essere aggregate, nel qual caso i periodi di tempo saranno basati sull'episodio più recente di cura incluso nell'aggregazione. Prima di avviare una (1) o più ECA per ottenere il pagamento delle cure da un paziente che non ha inviato una domanda FAP, l'Organizzazione dovrà intraprendere le seguenti azioni:
 - i. Fornire al paziente una notifica scritta che indichi la disponibilità dell'assistenza finanziaria per i pazienti idonei, che identifichi le ECA che dovranno essere intraprese per ottenere il pagamento delle cure e che determini una scadenza dopo la quale tali ECA potranno essere avviate che non sia precedente ai 30 giorni dopo la data della notifica scritta;
 - ii. Fornire al paziente il riepilogo semplificato della FAP; e
 - iii. Compiere uno sforzo ragionevole per informare oralmente il paziente della FAP e del processo della domanda FAP.
- d. Domande FAP incomplete. Nel caso di un paziente che invia una domanda FAP incompleta durante il Periodo di domanda, l'Organizzazione dovrà informare il paziente per iscritto su come completare la domanda FAP e garantirà al paziente trenta (30) giorni per farlo. Qualsiasi ECA pendente sarà sospesa durante questo periodo e la notifica scritta dovrà (i) descrivere le ulteriori informazioni e/o la documentazione richiesta ai sensi della FAP o della domanda FAP necessaria per completare la domanda, e (ii) includere le informazioni di contatto opportune.
- e. Fine del Periodo della domanda FAP. Il Periodo della domanda potrà essere terminato dall'Organizzazione mediante una Notifica di termine del periodo della domanda scritta al paziente.

2. Restrizioni sul rinvio o sulla negazione delle cure. Nel caso in cui l'Organizzazione intenda rinviare o negare, oppure richiedere il pagamento prima della fornitura, delle cure necessarie dal punto di vista medico, come definito nella FAP, a causa del mancato pagamento del paziente di una o più fatture per le cure precedentemente fornite che rientrano nel FAP, al paziente sarà fornita una domanda FAP e una notifica scritta che indicherà la disponibilità dell'assistenza finanziaria per i pazienti idonei. Inoltre, al paziente sarà indicata una Notifica di termine del periodo della domanda.

3. Comunicazione della determinazione.

- a. Decisioni. Quando si riceve una domanda FAP completa sul conto di un paziente, l'Organizzazione valuterà la domanda FAP per determinare l'idoneità e informerà il paziente per iscritto della decisione finale entro quarantacinque (45) giorni. La notifica includerà una determinazione dell'importo del cui pagamento il paziente sarà responsabile a livello finanziario. Se la domanda della FAP viene negata, sarà inviata una notifica che spiegherà il motivo del rifiuto e le istruzioni per il ricorso o il riesame.
- b. Rimborsi. L'Organizzazione fornirà un rimborso per l'importo che il paziente ha versato per le cure che supera l'importo per il quale si determina che il paziente sia personalmente responsabile ai sensi della FAP, salvo se tale importo in eccesso risulta inferiore a \$5,00.
- c. Annullamento delle ECA. Laddove si determini che un paziente sia idoneo all'assistenza finanziaria ai sensi della FAP, l'Organizzazione intraprenderà tutte le misure disponibili necessarie per annullare le ECA intraprese contro il paziente per l'ottenimento del pagamento delle cure. Tali misure disponibili ragionevoli in genere includono, a titolo esemplificativo, le misure per revocare le sentenze contro il paziente, eliminare ipoteche o imposte sulla proprietà del paziente e rimuovere dalla relazione creditizia del paziente le informazioni negative che sono state riferite a un'agenzia di verifica del credito al consumo o a un ufficio di credito.

4. Ricorsi. Il paziente può presentare ricorso per un rifiuto dell'idoneità all'assistenza finanziaria fornendo ulteriori informazioni all'Organizzazione entro quattordici (14) giorni dalla ricezione della comunicazione del rifiuto. Tutti i ricorsi saranno esaminati dall'Organizzazione per la decisione finale. Qualora la decisione finale confermi il rifiuto precedente dell'assistenza finanziaria, una notifica scritta sarà inviata al paziente. Un ricorso non amplia né annulla il processo di domanda fornito nella presente Politica di fatturazione e recupero crediti.

5. Notifica prima del recupero crediti. Prima di rinviare un debito a un'agenzia di recupero crediti esterna o di avviare un'azione contro un paziente o una proprietà immobiliare del paziente per riscuotere i pagamenti per le cure fornite presso l'Organizzazione, quest'ultima deve determinare se il paziente non è assicurato e se egli è idoneo al fondo per l'ottenimento del letto d'ospedale secondo quanto descritto nella FAP. Con paziente non assicurato si intende una persona responsabile di una o più spese ospedaliere il cui reddito è pari o inferiore al duecentocinquanta per cento (250%) delle linee guida relative al reddito di povertà che (A) ha

richiesto e gli è stata negata l'idoneità alla copertura delle cure mediche o sanitarie fornite ai sensi del programma Medicaid a causa del mancato rispetto dei requisiti di reddito o di idoneità e (B) non è idoneo alla copertura dei servizi ospedalieri ai sensi dei programmi Medicare di CHAMPUS o del programma Medicaid o di assicurazione sanitaria di un altro stato, nazione o stato associato, oppure di un'assicurazione sanitaria o contro gli infortuni governativa o sponsorizzata privatamente o di un programma di benefit, tra cui, a titolo esemplificativo, le retribuzioni e i premi per i dipendenti, gli accordi o le sentenze che derivano da richieste di risarcimento, cause o procedimenti che riguardano incidenti con veicoli a motore o presunta negligenza.

6. Recupero crediti. Al termine delle procedure precedenti, l'Organizzazione potrà procedere con le ECA contro i pazienti non assicurati e sottoassicurati con conti inadempienti, secondo quanto determinato dalle procedure dell'Organizzazione per la definizione, l'elaborazione e il monitoraggio delle fatture del paziente e dei piani di pagamento.

- a. In nessuna circostanza l'Organizzazione o una terza parte che opera per conto dell'Organizzazione può riscuotere da un paziente non assicurato un importo maggiore del costo della fornitura dei servizi dell'Organizzazione. Il “costo della fornitura dei servizi” indica le spese pubblicate dell'Organizzazione al momento della fatturazione, moltiplicate per gli ultimi rapporti costi/spese derivanti dalla documentazione finanziaria annuale più recente dell'Organizzazione presentata presso il Department of Public Health Office of Health Care Access.
- b. Fatte salve le restrizioni qui indicate, l'Organizzazione potrà impiegare un'agenzia di recupero crediti rispettabile esterna o un altro fornitore di servizi per l'elaborazione dei conti con crediti insoluti; tali agenzie o fornitori di servizi dovranno rispettare le disposizioni del 501(r) applicabili a terze parti e le disposizioni del Connecticut General Statutes, sezioni 19a-673 e 19a-673b.

7. Cessazione delle attività di riscossione in seguito a idoneità del debitore per i fondi letto o altri servizi. Se, in qualsiasi momento nel corso del processo di recupero crediti, l'Organizzazione o un'altra parte che agisce per conto dell'Organizzazione, incluso un esattore o un'agenzia di recupero crediti, venissero a conoscenza del fatto che un paziente al quale l'Organizzazione richiede il pagamento dei servizi è idoneo ai fondi letto ospedalieri, a servizi ospedalieri gratuiti o a costo ridotto o a qualsiasi altro programma che comporterebbe l'eliminazione della responsabilità del debito o la riduzione dell'importo di tale debito, l'Organizzazione o la terza parte pertinente che agisce per conto dell'Organizzazione deve interrompere tempestivamente le attività di recupero e rinviare il documento di recupero all'Organizzazione per la determinazione di tale idoneità. Non è possibile riprendere le attività di recupero fino a tale determinazione.