

Stato

In sospeso

statopolitica 19438919



**capitalhealth**

Ultima approvazione N/A

Entrata in vigore Previa  
Approvazione

Ultima revisione **Dic 2025**

Prossima revisione A 3 anni  
dall'approvazione

Proprietario Layne Gambol:

Direttore Contabilità  
pazienti

Area Politiche di conformità  
aziendale

Riferimenti CCP-FI-006

## **Politica su riscossioni e assistenza finanziaria della struttura ospedaliera**

### **I. SCOPO**

Stabilire standard per pratiche di fatturazione, riscossione e assistenza finanziaria giuste ed equi che riflettano lo status del Capital Health Medical Center – Hopewell e del Capital Health Regional Medical Center (collettivamente "Capital Health") come fornitori di servizi sanitari senza scopo di lucro e che promuovono la sua missione di fornire accesso a servizi sanitari di alta qualità ai residenti dell'area di servizio, indipendentemente dalla capacità di questi individui di pagare.

### **II. MODULI/ALLEGATO**

Foglio di lavoro finanziario riservato di Capital Health

con l'elenco dei fornitori di Capital Health

### **III. ATTREZZATURE/FORNITURE**

Nessuna

### **IV. POLITICA**

In relazione alla sua dichiarazione d'intenti, Capital Health e qualsiasi entità sostanzialmente correlata, come definito dall'Internal Revenue Service, mantiene pratiche di fatturazione giuste ed equi che trattano tutti i pazienti con dignità, rispetto e compassione. Capital Health soddisfa le esigenze sanitarie di emergenza e di altro tipo necessarie dal punto di vista medico di tutte le persone, indipendentemente dalla capacità di queste di pagare, in conformità con la sua politica sulle cure di emergenza (Politica n. CCP-PC-002) e con l'Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA). Capital Health facilita l'assistenza ai pazienti che non sono in grado di pagare parte o tutte le cure che ricevono in un modo coerente con la missione e i valori di Capital Health e che tengano conto della capacità di ciascun individuo di contribuire al costo delle proprie cure.

Fare riferimento all'Appendice B per un elenco di tutti i fornitori che forniscono servizi sanitari di emergenza o altri servizi sanitari necessari dal punto di vista medico presso il Capital Health Medical Center - Hopewell e il Capital Health Regional Medical Center e per sapere se sono coperti o meno dalla Politica di assistenza finanziaria ("FAP"). Questo elenco verrà rivisto trimestralmente e aggiornato, se necessario.

## V. AMPIA DIVULGAZIONE

La FAP, il Foglio di lavoro finanziario riservato di Capital Health ("Domanda") e la Sintesi semplificata (Plain Language Summary, "PLS") sono tutti disponibili in inglese e nella lingua madre delle popolazioni con una conoscenza limitata dell'inglese, che costituiscono meno di 1.000 individui o il 5% della comunità servita dall'area di servizio principale di ciascuna struttura ospedaliera. Verrà compiuto ogni sforzo per garantire che i documenti della FAP vengano trasmessi in modo chiaro ai pazienti le cui lingue madre non sono incluse tra le traduzioni disponibili. La PLS è una dichiarazione scritta che informa un individuo che la struttura ospedaliera offre assistenza finanziaria e fornisce informazioni in merito a questa FAP in un linguaggio chiaro, conciso e di facile comprensione.

Capital Health compie ogni ragionevole sforzo per informare i pazienti della potenziale disponibilità di assistenza finanziaria. Quando un paziente chiede informazioni sull'assistenza finanziaria, il personale informerà il paziente che l'assistenza finanziaria potrebbe essere disponibile, ma solo in base ai criteri stabiliti nella presente politica e che, per ulteriori informazioni, il paziente o il medico devono contattare il responsabile del credito e delle riscossioni presso il reparto Contabilità pazienti.

La FAP, la Domanda e la PLS saranno esposte in modo ben visibile nel modo seguente:

- A. La FAP, la Domanda e la PLS sono ampiamente disponibili sul sito web di Capital Health: [www.capitalhealth.org](http://www.capitalhealth.org).
- B. Copie cartacee della FAP, della Domanda e della PLS sono disponibili su richiesta e senza costi aggiuntivi per posta e nei luoghi pubblici di ogni struttura ospedaliera (inclusi almeno il pronto soccorso e le aree di ricovero) ai seguenti indirizzi:

Capital Health Medical Center – Hopewell  
One Capital Way  
Pennington, NJ 08534

Capital Health Regional Medical Center  
750 Brunswick Avenue  
Trenton, NJ 08638
- C. Informazione e notifica dei membri della comunità serviti da ciascuna struttura ospedaliera in merito alla FAP in modo tale da raggiungere i membri della comunità che hanno maggiori probabilità di aver bisogno di assistenza finanziaria;
- D. Informazione e notifica dei membri che ricevono cure dalle strutture ospedaliere in merito alla FAP tramite:
  1. fornitura di una copia cartacea della PLS ai pazienti ricoverati come parte del processo di ammissione;
  2. inclusione di un avviso scritto ben visibile che informa i pazienti sulla disponibilità di assistenza finanziaria su tutti gli estratti conto;

3. esposizione di cartelli ben visibili che notifichino e informino i pazienti della disponibilità di assistenza finanziaria in luoghi pubblici in ogni struttura ospedaliera.

## VI. PROGRAMMI DI ASSISTENZA FINANZIARIA E CRITERI DI IDONEITÀ

### A. Pazienti che non hanno una copertura assicurativa:

Un paziente senza copertura assicurativa è definito come un paziente che non ha copertura assicurativa per i servizi medici necessari e che non è idoneo per alcun programma statale, federale o locale. Se il paziente soddisfa questa definizione e i criteri definiti ai punti "a" e "b" di seguito, avrà diritto a uno sconto per pazienti che non hanno una copertura assicurativa imposto dallo Stato che adeguerà la sua responsabilità di paziente a non più del 115% del rimborso di Medicare (*Legge pubblica del New Jersey 2008, c.60*). Non è richiesta alcuna Domanda per questo sconto.

Questo sconto viene calcolato come segue:

1. per tutti i servizi di degenza utilizzare il 115% del costo standard fissato dal sistema di classificazione DRG di Medicare;
2. per tutti i servizi ambulatoriali utilizzare il 115% dell'importo di Medicare.

Capital Health si riserva il diritto di applicare equamente sconti in base alle condizioni finanziarie dei singoli pazienti.

### B. Programma di assistenza al pagamento delle cure ospedaliere del New Jersey ("Charity Care"):

L'assistenza Charity Care è un'assistenza gratuita o a tariffa ridotta disponibile per i pazienti che ricevono servizi di degenza e ambulatoriali presso gli ospedali di assistenza acuta in tutto lo Stato del New Jersey.

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

1. non hanno una copertura assicurativa sanitaria o hanno una copertura che copre solo una parte del costo in fattura;
2. non sono idonei per alcuna copertura sponsorizzata da privati o dal governo;
3. soddisfano i criteri di idoneità relativi a reddito e patrimonio stabiliti dallo Stato.

**Criteri di idoneità del reddito:** i pazienti con un reddito familiare lordo inferiore o uguale al 200% delle Linee guida federali sulla povertà ("FPG") hanno diritto alla copertura Charity Care al 100%. I pazienti con un reddito familiare lordo superiore al 200% ma inferiore o uguale al 300% del FPG hanno diritto a cure scontate nell'ambito del programma Charity Care. I criteri di idoneità del reddito si basano sul reddito immediatamente precedente la data del servizio.

**Criteri di idoneità patrimoniale:** per essere idoneo, il patrimonio individuale di un paziente non può superare i 7.500 \$ e il patrimonio familiare non può superare i 15.000 \$ alla data del servizio.

Ai fini della presente sezione, i membri della famiglia il cui patrimonio deve essere preso in considerazione sono tutti individui legalmente responsabili come definiti nel N.J.A.C. 10:52-11.8(a).

L'assistenza gratuita o le spese parzialmente coperte saranno determinate in base ai criteri del New Jersey Department of Health Care per i redditi non assicurati.

**C. Sconto per pazienti con copertura assicurativa insufficiente:**

Capital Health offre uno sconto a tutti i pazienti idonei con copertura assicurativa insufficiente che non possono permettersi di pagare in toto o in parte la fattura ospedaliera. Questo sconto è disponibile per i pazienti con copertura assicurativa insufficiente che soddisfano i seguenti criteri di idoneità del reddito.

Criteri di idoneità del reddito: i pazienti con un reddito familiare lordo inferiore o uguale al 400% delle Linee guida federali sulla povertà ("FPG") hanno diritto alla copertura del 100%. I pazienti con un reddito familiare lordo superiore al 400% ma inferiore o uguale al 600% del FPG hanno diritto a cure scontate.

L'assistenza gratuita o le spese parzialmente coperte saranno determinate raddoppiando (2x) gli importi inclusi nei criteri del New Jersey Department of Health Care per i redditi non assicurati.

## **VII. IMPORTI GENERALMENTE FATTURATI ("AGB")**

In conformità con l'Internal Revenue Code §501(r)(5), in caso di cure di emergenza o altre cure mediche necessarie, ai pazienti aventi diritto all'assistenza finanziaria ai sensi della presente FAP non verrà addebitato un importo maggiore rispetto a un individuo che ha un'assicurazione che copre tali cure.

Capital Health ha utilizzato il metodo Look-Back, il compenso per servizio Medicare e le assicurazioni sanitarie private per calcolare una percentuale di AGB per ciascuna delle sue strutture ospedaliere. La percentuale di AGB viene calcolata annualmente in base a tutte le richieste di rimborso ammesse dalle assicurazioni sanitarie private a pagamento di Medicare negli ultimi 12 mesi, divise per la somma degli oneri lordi associati a tali richieste. Per determinare l'AGB, verrà applicata la percentuale AGB applicabile agli addebiti lordi.

Le percentuali AGB risultanti sono le seguenti:

***Capital Health Regional Medical Center***

- Servizi di degenza: **6,25%**
- Servizi domiciliari: **9,72%**

***Capital Health Medical Center – Hopewell***

- Servizi di degenza: **5,95%**
- Servizi domiciliari: **7,91%**

A tutti i pazienti idonei all'assistenza finanziaria verrà sempre addebitata la tariffa più bassa tra AGB e qualsiasi tariffa scontata disponibile ai sensi della presente FAP.

## **VIII. METODO PER RICHIEDERE ASSISTENZA**

# FINANZIARIA – CHARITY CARE E IN CASO DI COPERTURA ASSICURATIVA INSUFFICIENTE

- A. I pazienti che soddisfano i criteri di idoneità per Charity Care devono presentare una Domanda di partecipazione al programma di assistenza ospedaliera del New Jersey compilata.

Questa Domanda include determinata documentazione richiesta dalla sezione Charity Care del Manuale dei servizi ospedalieri N.J.A.C. (Hospital Services Manual N.J.A.C. 10:52). Per valutare l'idoneità è necessario la seguente documentazione:

1. Documenti di identificazione adeguati del paziente e della famiglia:  
Uno qualsiasi dei seguenti documenti: patente di guida, tessera di previdenza sociale, Green Card, certificato di nascita, passaporto, visto, documento d'identità rilasciato dallo Stato ecc.
2. Prova di residenza nel New Jersey alla data del servizio: può includere uno dei seguenti documenti: patente di guida, tessera di identificazione del piano di assistenza sociale, bolletta di un'utenza, dichiarazione dei redditi federale, dichiarazione dei redditi statale o dichiarazione dei sussidi di disoccupazione (nota: le cure di emergenza costituiscono un'eccezione al requisito di residenza).
3. Prova del reddito lordo:  
Possono includersi buste paga, moduli W-2, dichiarazioni di indennità di disoccupazione ecc.
4. Prova del patrimonio alla data del servizio:  
Si tratta di beni facilmente convertibili in denaro contante. Includono estratti conto bancari, rendiconti di investimenti ecc.

Occasionalmente, a seconda delle circostanze del singolo richiedente, potrebbe essere richiesta ulteriore documentazione. Un individuo può presentare domanda per Charity Care fino a due anni (730 giorni) dalla data del servizio.

- B. I pazienti che soddisfano i criteri di idoneità per lo sconto per copertura assicurativa insufficiente devono presentare il Foglio di lavoro finanziario riservato di Capital Health compilato per la valutazione della propria idoneità. Per questa presentazione non sono richiesti documenti aggiuntivi.

In genere, i pazienti che necessitano di assistenza finanziaria presentano inizialmente un foglio di lavoro finanziario riservato. Sulla base delle informazioni fornite, il reparto Crediti e riscossioni di Capital Health comunicherà al paziente se ha diritto o meno all'assistenza finanziaria.

Una volta inviata la domanda completa, un membro dello staff addetto al credito e alle riscossioni la esaminerà per determinarne l'idoneità finanziaria. I pazienti o la persona finanziariamente responsabile saranno informati per iscritto di tutte le decisioni. Capital Health si riserva il diritto di applicare equamente sconti in base alle condizioni finanziarie dei singoli pazienti.

Se Capital Health riceve una Domanda incompleta, verrà inviata una notifica scritta al paziente o alla persona finanziariamente responsabile, in cui saranno specificate le informazioni e/o la documentazione aggiuntive necessarie per determinare l'idoneità alla FAP. Ai pazienti, o alla persona finanziariamente responsabile, verrà concesso il periodo maggiore tra 30 giorni o il numero di giorni rimanenti nel periodo di Domanda (due anni o 730 giorni dalla data del servizio) per presentare una Domanda completa, comprese eventuali informazioni aggiuntive richieste da Capital Health. Inoltre, ai pazienti verrà fornita una PLS.

Si invita a fare riferimento alla Parte V per sapere dove è disponibile la Domanda gratuitamente e su richiesta.

## IX. PRATICHE DI FATTURAZIONE E RISCOSSIONE

- A. Sono considerati pazienti che pagano a proprie spese tutti i conti che, per contratto, sono lasciati con una responsabilità finanziaria dalla propria compagnia assicurativa o che non dispongono di una copertura di responsabilità civile verso terzi. A questi pazienti verranno fornite informazioni sull'assistenza finanziaria al momento della registrazione.
- B. I pazienti che pagano a proprie spese ricevono una serie di quattro data mailer e un avviso urgente nell'arco di 135 giorni dalla data della prima fattura per l'assistenza. Questa comunicazione urgente deve essere inviata ai pazienti, concedendo loro almeno 30 giorni di tempo per saldare il saldo dovuto prima che il debito venga inoltrato a un'agenzia di recupero crediti. Questo avviso:
  - indica che è disponibile assistenza finanziaria per i pazienti idonei;
  - include un numero di telefono dove le persone possono ottenere informazioni sulla FAP e assistenza con la procedura di Domanda;
  - include l'indirizzo del sito web dell'organizzazione dove è possibile ottenere copie della FAP, della Domanda e della PLS;
  - identifica le azioni di riscossione straordinarie ("ECA") che la terza parte intende avviare per ottenere il pagamento delle cure;
  - stabilisce una scadenza dopo la quale tali ECA possono essere avviate (scadenza che non può essere anteriore a 30 giorni dalla data di notifica);
  - include una copia della PLS.

Capital Health compirà ogni ragionevole sforzo per informare verbalmente gli individui in merito alla FAP e alle modalità con cui l'individuo può ottenere assistenza per la procedura di Domanda.

- C. Oltre ai data mailer e alle notifiche urgenti, il reparto contabilità pazienti effettua chiamate telefoniche per i conti con un saldo superiore a \$ 750,00 per cercare di risolvere il saldo in sospeso. In caso di circostanze impreviste, verranno compiuti ragionevoli sforzi per effettuare chiamate telefoniche, ma non è possibile garantirlo. Esempi: interruzione di corrente, pandemia a livello nazionale.
- D. Se un debito di pagamento diretto non viene risolto entro 135 giorni, il conto viene cancellato come credito inesigibile e trasferito a una delle due agenzie di recupero crediti primarie esterne, in base al cognome del paziente (suddivisione in ordine alfabetico).
- E. L'agenzia di recupero crediti principale ha 270 giorni di tempo per gestire il conto. Trascorsi 270 giorni, se è ancora presente un saldo in sospeso, il conto viene ripreso in gestione in modo automatico e riassegnato a un'agenzia di riscossione secondaria. Viene utilizzata una sola agenzia di riscossione secondaria.
- F. Un individuo ha due anni (730 giorni) dalla data del servizio per richiedere assistenza finanziaria.
- G. In caso di ricezione di una Domanda completa, Capital Health garantirà che vengano eseguite le seguenti operazioni:
  - Le ECA nei confronti del paziente saranno sospese.

- La determinazione dell'idoneità verrà effettuata e documentata tempestivamente.
  - Capital Health informerà per iscritto il paziente di quanto determinato e delle basi di quanto determinato, di come è stato determinato tale importo e della percentuale AGB applicabile.
  - Verrà fornita una fattura aggiornata che indicherà l'importo dovuto dal paziente idoneo alla FAP (se applicabile).
  - Eventuali importi pagati in eccesso rispetto all'importo dovuto dal paziente idoneo alla FAP saranno rimborsati di conseguenza (se applicabile e superiori a 5 \$).
- H. In caso di ricezione di una Domanda incompleta, Capital Health invierà al paziente una comunicazione scritta in cui vengono descritte le informazioni o la documentazione aggiuntive necessarie per determinare l'idoneità alla FAP. Le terze parti sosponderanno qualsiasi ECA per ottenere il pagamento dell'assistenza finché Capital Health non avrà preso una decisione sull'idoneità alla FAP.
- I. L'agenzia di recupero crediti secondaria è l'unica agenzia autorizzata a perseguire legalmente un conto classificato come inesigibile. Oltre a tutti i conti perseguiti legalmente dall'agenzia di riscossione secondaria, anche l'agenzia di riscossione secondaria ha 270 giorni di tempo per elaborare il conto.
- J. Al termine del periodo di 270 giorni presso l'agenzia di riscossione secondaria, il conto viene ripreso in gestione automaticamente dal sistema di contabilità del paziente e gli viene assegnato il codice agenzia "TB" (Take back).
- K. Un conto con codice agenzia TB garantisce che il conto sia stato nel ciclo di riscossione a pagamento diretto per 135 giorni, presso un'agenzia di riscossione primaria per 270 giorni e presso un'agenzia di riscossione secondaria per altri 270 giorni.
- L. Tutti i conti vengono trattati allo stesso modo, indipendentemente dal pagatore.

Quando un paziente esprime l'incapacità o la difficoltà di far fronte all'obbligo finanziario nei confronti di Capital Health associato all'assistenza di cui usufruisce, Capital Health collabora con il paziente per determinare se è disponibile un'assistenza finanziaria per soddisfare l'obbligo del paziente. L'assistenza finanziaria può includere:

- A. La definizione di un piano di pagamento ragionevole, che non superi i giorni rimanenti del ciclo di fatturazione prima del rinvio all'agenzia di recupero crediti primaria.
- B. L'identificazione dell'assistenza finanziaria disponibile tramite programmi quali Medicaid, Charity Care o altre organizzazioni di beneficenza terze.
- C. Uno sconto parziale o l'esenzione totale dalle spese associate all'assistenza del paziente, in conformità con i termini e le condizioni della presente politica.

Capital Health richiede alle sue agenzie di recupero crediti di aderire a questa politica. Per agevolare il rispetto della presente politica, Capital Health include in tutti gli accordi con le agenzie di recupero crediti quanto segue:

- A. Obblighi che impongono all'agenzia di recupero crediti di astenersi da qualsiasi attività che violi il Fair Debt Collections Practices Act (15 U.S.C. Sezione 1692 e seguenti).
- B. Un riconoscimento da parte dell'agenzia di riscossione dello status e della missione non-profit di Capital Health e un accordo da parte dell'agenzia di astenersi da pratiche di riscossione contrarie a tale status o in violazione della presente politica.

Capital Health intraprende azioni legali per ottenere la soddisfazione dell'obbligo finanziario di un paziente solo quando vi è il ragionevole motivo di ritenere che il paziente o la parte responsabile abbia un reddito e/o beni sufficienti per soddisfare l'obbligo senza eccessive difficoltà. Capital Health non richiede la vendita o il pignoramento della residenza principale di un paziente per soddisfare i suoi obblighi finanziari.

## X. RIFERIMENTI

United States Department of Health and Human Service, Office of Inspector General's Compliance Guidance to Hospital, marzo 1998

Dichiarazione di principi e linee guida dell'American Hospital Association e del New Jersey Hospital Association per le pratiche di fatturazione e riscossione ospedaliere

New Jersey Assembly Bill, A 2609

### Firme di approvazione

#### Descrizione del passaggio

Approvazione del CFO

Approvazione del Responsabile della conformità

Proprietario della politica

#### Responsabile approvazione

Shane Fleming: Direttore finanziario

Laura McGuire: Responsabile della conformità

Layne Gambol: Direttore Contabilità pazienti

#### Data

In sospeso

Dic 2025

Dic 2025

### Standard

A questo documento non è associato nessuno standard.