



## ASCENSION SOUTHEAST MICHIGAN

### POLITICA DI ASSISTENZA FINANZIARIA

1° luglio 2024

#### POLITICA/PRINCIPI

La politica delle organizzazioni indicate di seguito nel paragrafo (ognuna definita l'“Organizzazione”) prevede di garantire una pratica sociale equa in relazione alla fornitura di cure di emergenza e di altre cure necessarie dal punto di vista medico presso le strutture dell'Organizzazione. Questa politica è stata creata appositamente per determinare l'idoneità all'assistenza finanziaria dei pazienti che necessitano di assistenza finanziaria e ricevono cure dall'Organizzazione. La presente politica si applica alle Organizzazioni seguenti di Ascension Southeast Michigan:

Ascension Providence Hospital-Novi Campus, Ascension Providence Hospital-Southfield Campus, Ascension St. John Hospital, Ascension Macomb-Oakland Hospital-Warren Campus, Ascension Macomb-Oakland Hospital-Madison Heights Campus, Ascension River District Hospital, e Ascension Brighton Center for Recovery.

1. L'assistenza finanziaria riflette il nostro impegno e il rispetto per la dignità umana del singolo e il 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.
2. Questa politica vale per tutte le cure di emergenza e per tutte le cure mediche necessarie erogate dall'Organizzazione, inclusi i servizi di medici dipendenti e quelli relativi ai disturbi comportamentali. La politica non si applica alle spese mediche non di emergenza e non necessarie dal punto di vista medico.
3. L'elenco dei Fornitori che rientrano nella Politica di assistenza finanziaria fornisce una lista dei fornitori che erogano assistenza entro le strutture dell'Organizzazione che specifica quali sono coperti dalla politica di assistenza finanziaria e quali no.

#### DEFINIZIONI

Ai fini di questa politica, valgono le seguenti definizioni:

- “**501(r)**” indica l'Articolo 501(r) del Codice tributario statunitense (Internal Revenue Code) e i regolamenti promulgati in relazione ad esso.
- “**Importo generalmente fatturato**” o “**AGB**” indica, in relazione a cure di emergenza e altre cure mediche necessarie, l'importo generalmente fatturato a singoli la cui assicurazione copre tali cure.



- La “**Comunità**” per Ascension Southeast Michigan è costituita dalla città di Detroit e dalle contee di Wayne, Macomb, Oakland, St. Clair e Livingston. Un paziente verrà inoltre ritenuto un membro della comunità dell’Organizzazione se le cure di emergenza e necessarie dal punto di vista medico richieste dal paziente sono un prosieguo delle cure di emergenza e delle cure necessarie dal punto di vista medico ricevute presso un’altra struttura Ascension Health, dove il paziente è risultato idoneo all’assistenza finanziaria per tali cure di emergenza e necessarie dal punto di vista medico.
- “**Cure di emergenza**” indica il trattamento di una condizione medica che si manifesta mediante sintomi acuti di gravità tale (tra cui dolore grave, disturbi psichiatrici e sintomi riconducibili all’abuso di sostanze) che l’assenza di assistenza medica immediata potrebbe ragionevolmente aspettarsi comporti:
  - a) Gravi rischi per la salute dell’individuo (o nel caso di una donna incinta, per la salute della donna o del nascituro);
  - b) Grave compromissione di una funzione fisica;
  - c) Grave malfunzionamento di un organo o di una parte del corpo; o
  - d) Nel caso di una donna incinta con le contrazioni:
    - i. Che non vi sia abbastanza tempo per effettuare un trasferimento sicuro a un altro ospedale prima del parto; o
    - ii. Che il trasferimento possa comportare una minaccia per la salute o la sicurezza della donna o del nascituro.
- Con “**Cure necessarie dal punto di vista medico**” di intendono cure che (1) siano opportune, coerenti ed essenziali per la prevenzione, la diagnosi o il trattamento della patologia di un paziente; (2) costituiscano il livello o le prestazioni del servizio per la patologia del paziente più opportuni e che possono essere forniti in maniera sicura; (3) non siano fornite principalmente per la comodità del paziente, della famiglia del paziente, del medico o dell’assistente domiciliare; e (4) con molta probabilità comportino un beneficio e non un danno per il paziente. Affinché le cure future pianificate siano “cure necessarie dal punto di vista medico”, le cure e le relative tempistiche devono essere approvate dal direttore sanitario dell’Organizzazione (o dalla persona designata). La determinazione di cure necessarie dal punto di vista medico deve essere effettuata da un fornitore abilitato che fornisce cure mediche al paziente e, a discrezione dell’Organizzazione, da parte del medico che ha autorizzato il ricovero, del medico refertatore e/o del direttore sanitario o di un altro medico che si occupa dell’esame (a seconda del tipo di cura consigliata). Nel caso in cui le cure richieste da un Paziente oggetto della presente politica non siano ritenute necessarie da parte del medico che si occupa dell’esame, tale decisione dovrà essere confermata anche dal medico che autorizza il ricovero o dal medico refertatore.
- Con “**Organizzazione**” si intende Ascension Southeast Michigan.
- Con “**Paziente**” si intende la persona che riceve cure di emergenza e cure necessarie dal punto di vista medico presso l’Organizzazione e la persona finanziariamente responsabile della cura del paziente.

**Assistenza finanziaria fornita**

L'assistenza finanziaria descritta nella presente sezione si limita ai Pazienti che vivono nella Comunità:

1. Fatte salve le altre disposizioni della presente Politica di assistenza finanziaria, i pazienti con un reddito inferiore o uguale al 250% del livello di povertà federale (“FPL”), saranno idonei a cure caritatevoli del 100% su tale parte delle spese per i servizi dei quali il paziente è responsabile in seguito al pagamento dell'assicuratore, se presente, se tale paziente è stato determinato idoneo in virtù del punteggio di probabilità (descritto nel Paragrafo 5 seguente) o invia una domanda di assistenza finanziaria (una “Domanda”) entro il 240° giorno dalla prima fattura post-dimissioni del paziente e la Domanda è stata approvata dall'Organizzazione. Il paziente sarà idoneo a un'assistenza finanziaria fino al 100% se tale Paziente invia la Domanda successivamente al 240° giorno dopo la prima fattura post-dimissioni del Paziente, ma poi l'ammontare dell'assistenza finanziaria disponibile per un Paziente di questa categoria è limitato al saldo non pagato del Paziente dopo aver preso in considerazione i pagamenti effettuati sul conto di quest'ultimo. A un paziente idoneo a questa categoria di assistenza finanziaria non sarà addebitato un importo superiore ai costi AGB.
  
2. Fatte salve le altre disposizioni della presente Politica di assistenza finanziaria, i pazienti con un reddito superiore al 250% del FPL ma che non supera il 400% dell'FPL, saranno idonei a uno sconto in base alla scala mobile su tale parte delle spese per i servizi forniti dei quali il paziente è responsabile in seguito al pagamento dell'assicuratore, se presente, se tale paziente invia una Domanda entro il 240° giorno dalla prima fattura post-dimissioni del Paziente e se la Domanda è stata approvata dall'Organizzazione. Il paziente sarà idoneo all'assistenza finanziaria con uno sconto in base alla scala mobile se tale Paziente invia la Domanda successivamente al 240° giorno dopo la prima fattura post-dimissioni del Paziente, ma poi l'ammontare dell'assistenza finanziaria disponibile per un Paziente di questa categoria è limitato al saldo non pagato del Paziente dopo aver preso in considerazione i pagamenti effettuati sul conto del Paziente. A un paziente idoneo a questa categoria di assistenza finanziaria non sarà addebitato un importo superiore ai costi AGB. Lo sconto in base alla scala mobile funziona come segue:  
  
I pazienti tra il 251% e il 275% di FPL riceveranno un'assistenza del 95%  
I pazienti tra il 276% e il 300% di FPL riceveranno l'85% di assistenza  
I pazienti tra il 301% e il 350% di FPL riceveranno l'80% di assistenza  
I pazienti tra il 351% e il 375% di FPL riceveranno un'assistenza del 75%  
I pazienti tra il 376% e il 400% di FPL riceveranno un'assistenza del 70%
  
3. Fatte salve le altre disposizioni della presente Politica di assistenza finanziaria, un Paziente con un reddito superiore al 400% dell'FPL sarà idoneo all'assistenza finanziaria ai sensi di una “Valutazione del reddito” per uno sconto sulle spese del Paziente per i servizi dell'Organizzazione in base al debito per spese mediche totale del Paziente. Un paziente sarà idoneo all'assistenza finanziaria ai sensi della Valutazione del reddito se il Paziente presenta un debito per spese mediche totale eccessivo, che include un debito per spese mediche nei confronti di Ascension e di qualsiasi altro operatore sanitario, per cure

di emergenza e altre cure necessarie dal punto di vista medico, pari o superiore al reddito familiare lordo di tale Paziente. Il livello di assistenza finanziaria fornito ai sensi della Valutazione del reddito è pari a quello concesso a un paziente con reddito al 400% dell’FPL ai sensi del Paragrafo 2 precedente, se tale Paziente invia una Domanda entro e non oltre il 240° giorno dopo la prima fattura post-dimissioni del Paziente e se la Domanda è stata approvata dall’Organizzazione. Il paziente sarà idoneo alla valutazione del reddito con uno sconto in base alla scala mobile se tale Paziente invia la Domanda successivamente al 240° giorno dopo la prima fattura post-dimissioni del Paziente, ma poi l’ammontare dell’assistenza finanziaria disponibile per un Paziente di questa categoria è limitato al saldo non pagato del Paziente dopo aver preso in considerazione i pagamenti effettuati sul conto del Paziente. A un paziente idoneo a questa categoria di assistenza finanziaria non sarà addebitato un importo superiore ai costi AGB.

4. Un Paziente potrebbe non essere idoneo all’assistenza finanziaria descritta nei Paragrafi 1-3 precedenti se si ritiene che tale paziente disponga di risorse sufficienti per il pagamento in seguito a una “Valutazione dei beni”. La Valutazione dei beni prevede una valutazione sostanziale della capacità di un Paziente di effettuare il pagamento sulla base delle categorie di beni calcolate nella Domanda FAP. Un Paziente con tali beni che supera il 250% dell’importo FPL del Paziente non sarà idoneo all’assistenza finanziaria.
5. L’idoneità all’assistenza finanziaria può essere determinata in qualunque momento del ciclo del reddito e può includere l’uso di un punteggio di probabilità per un Paziente con un saldo non pagato sufficiente entro i primi 240 giorni dopo la prima fattura post-dimissioni del Paziente per determinare l’idoneità allo sconto caritatevole del 100% malgrado la mancata compilazione da parte del Paziente della domanda di assistenza finanziaria (“Domanda FAP”). Se al Paziente vengono concesse cure caritatevoli al 100% senza inviare una Domanda FAP completa e solo mediante punteggio di probabilità, l’importo dell’assistenza finanziaria per il quale il paziente è idoneo è limitato al saldo non pagato del Paziente dopo aver preso in considerazione i pagamenti effettuati sul conto del Paziente. La determinazione dell’idoneità sulla base del punteggio di probabilità si applica solamente alle cure per cui viene condotto il punteggio di probabilità.
6. Per un paziente che partecipa a certi piani assicurativi che considerano l’Organizzazione “fuori rete”, l’Organizzazione potrebbe ridurre o negare l’assistenza finanziaria che sarebbe altrimenti resa disponibile al paziente sulla base di una verifica delle sue informazioni assicurative e di altri fatti e circostanze pertinenti.
7. 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. Pazienti e famiglie possono presentare ricorso in merito a decisioni dell’Organizzazione relative all’idoneità per l’assistenza finanziaria come segue:
  - a. Alla ricezione del rifiuto dell’assistenza caritatevole, il paziente riceverà anche un modulo di ricorso nel caso in cui egli scelga di richiedere il riesame. Il ricorso sarà presentato al Comitato di ricorso dell’assistenza caritatevole nel corso di un processo



di revisione mensile; il paziente riceverà una decisione relativa al ricorso sulla base del riesame del Comitato.

- b. Tutti i ricorsi saranno presi in considerazione dal Comitato di ricorso dell'assistenza finanziaria e le decisioni del comitato saranno inviate per iscritto al paziente o alla famiglia che ha presentato ricorso.

### **Altra assistenza per pazienti non idonei all'assistenza finanziaria**

I pazienti non idonei all'assistenza finanziaria, come descritto sopra, possono tuttavia essere idonei ad altri tipi di assistenza offerta dall'Organizzazione. Per completezza, gli altri tipi di assistenza indicati qui, sebbene non basati sulle necessità e sebbene non siano intesi come soggetti al 501(r), sono inclusi per la convenienza della comunità servita dall'Organizzazione.

1. I pazienti non assicurati non idonei all'assistenza finanziaria riceveranno uno sconto in base allo sconto offerto al pagatore che paga più sostanzialmente per tale Organizzazione. Il pagatore che paga più sostanzialmente deve corrispondere almeno al 3% della popolazione dell'Organizzazione misurata in base al volume o al reddito lordo dei pazienti. Se un unico pagatore non corrisponde a questo volume minimo, sarà necessario fare la media di più pagatori in modo che i termini di pagamento usati per la media corrispondano almeno al 3% del volume di affari dell'Organizzazione per l'anno in questione.
2. I Pazienti non assicurati e assicurati che non sono idonei all'assistenza finanziaria possono ricevere uno sconto immediato. Lo sconto immediato può essere offerto in aggiunta allo sconto per i non assicurati descritto nel paragrafo immediatamente precedente.

### **Limitazioni sulle spese per pazienti idonei all'assistenza finanziaria**

Ai pazienti idonei all'assistenza finanziaria non saranno addebitate spese superiori all'importo AGB per cure di emergenza e altre cure mediche necessarie e non superiori alle spese lorde di tutte le altre cure mediche. L'Organizzazione calcola una o più percentuali AGB impiegando il metodo "retrospettivo"; esse includono Medicare fee-for-service e tutte le assicurazioni sanitarie private che provvedono al pagamento per le domande inoltrate all'Organizzazione, il tutto in conformità con il 501(r). Una copia gratuita della descrizione del calcolo di AGB e delle percentuali è disponibile sul sito web dell'Organizzazione o inviando una richiesta scritta al seguente indirizzo:

Ascension St. John Hospital  
3179 Solution Center  
Chicago, IL 60677-3001



## **Come presentare domanda per assistenza finanziaria e altra assistenza**

Un paziente può essere idoneo all'assistenza finanziaria grazie all'idoneità del punteggio di probabilità oppure presentando domanda di assistenza finanziaria inviando una domanda FAP completa. La Domanda FAP e le Istruzioni per la domanda FAP sono disponibili sul sito web dell'Organizzazione o chiamando il numero (877)809-6191. L'Organizzazione richiederà al non assicurato di collaborare con un consulente finanziario per fare richiesta a Medicaid o ad altri programmi di assistenza pubblici per i quali il paziente è ritenuto potenzialmente idoneo all'assistenza finanziaria (salvo se idoneo e se ha ricevuto l'approvazione in base al punteggio di probabilità). A un Paziente può essere negata l'assistenza finanziaria se tale Paziente fornisce false informazioni in relazione a una Domanda FAP o al processo di idoneità del punteggio di probabilità, se il paziente rifiuta di assegnare i proventi assicurativi o il diritto di essere rimborsato direttamente da una compagnia di assicurazione che sia obbligata a pagare per le cure fornite, oppure se il paziente si rifiuta di collaborare con un consulente finanziario per l'iscrizione a Medicaid o ad altri programmi di assistenza pubblici per i quali il paziente è ritenuto potenzialmente idoneo all'assistenza finanziaria (salvo se idoneo e se ha ricevuto l'approvazione in base al punteggio di probabilità). Durante la decisione di idoneità di una cura corrente, l'Organizzazione può prendere in considerazione una Domanda FAP completata meno di sei mesi prima della data di determinazione dell'idoneità. L'Organizzazione non prenderà in considerazione una Domanda FAP completata oltre sei mesi prima della data di determinazione dell'idoneità.

### **Fatturazione e recupero crediti**

Le azioni intraprese dall'organizzazione in caso di mancato pagamento sono descritte in una politica di fatturazione e recupero crediti. Una copia gratuita della politica di fatturazione e recupero crediti è disponibile sul sito web dell'Organizzazione o inviando una richiesta a:

Ascension St. John Hospital  
3179 Solution  
Center Chicago, IL 60677-3001

### **Interpretazione**

Questa politica, e tutte le procedure applicabili, dovranno rispettare ed essere interpretate e applicate ai sensi del 501(r) eccetto ove specificatamente indicato.