



Assistenza finanziaria

Numero politica e procedura aziendale	24817
Manuale della politica aziendale	Amministrativa
Tipo	Politica e procedura aziendale
Titolare del documento	Silva, Natalie
Data effettiva	21/10/2016
Prossima data di riesame	21/10/2019
Ambito di applicazione	Strutture CMC Terapia intensiva
Approvato da / Data di approvazione	Servizi legali CMC (A): 12/08/2016 11:31 PST Joe Nowicki, SVP Chief Financial Officer: 24/08/2016 08:39 PST Patrick Rafferty, Corporate Chief Operations Officer: 29/08/2016 01:38 PST Tim Joslin, CEO: 30/08/2016 09:55 PST Finance and Planning (A): 21/10/2016 10:14 PST
Stato / N. rev	Ufficiale (rev 0)
Inviato da	Earnhart, Michele

I. FINALITÀ

- A. Definire le modalità di assistenza finanziaria disponibile ai pazienti.
- B. Descrivere i criteri di ammissibilità per ciascuna modalità di assistenza finanziaria.
- C. Determinare le procedure che i pazienti devono seguire per far richiesta di assistenza finanziaria.
- D. Determinare il processo che l'ospedale deve seguire per esaminare le richieste di assistenza finanziaria.
- E. Predisporre modalità di riesame in caso di contestazione di una decisione in materia di assistenza finanziaria.
- F. Predisporre linee guida amministrative e contabili per favorire identificazione, classificazione e reportistica dell'assistenza finanziaria.
- G. Determinare il processo che i pazienti devono seguire per chiedere un preventivo dei costi a loro carico per i servizi, e il processo che l'ospedale deve seguire per fornire ai pazienti tale preventivo.

II. DEFINIZIONI

- A. **Assistenza finanziaria** Il termine *assistenza finanziaria* si riferisce ai seguenti modelli: Full charity care (Assistenza gratuita completa), Partial Charity Care (Assistenza gratuita parziale), High Medical Cost Charity Care (Assistenza gratuita per costi medici elevati) e Special Circumstances Charity Care (Assistenza gratuita per circostanze speciali). La presente politica riporta le linee guida per determinare quando fornire assistenza finanziaria ai pazienti.
- B. **Pazienti non assicurati** Un paziente non assicurato è un paziente senza fonti esterne per il pagamento delle spese mediche, compresi fra l'altro, assicurazione sanitaria o di altro tipo, programmi di prestazioni sanitarie a carico dello stato o obbligazioni di terzi, oppure nel caso sia stato raggiunto il limite massimo delle prestazioni a carico dell'assicurazione prima del ricovero.
- C. **Pazienti assicurati** Un paziente assicurato è un paziente che ha una fonte di pagamento esterna per una parte delle proprie spese mediche.

- D. **Servizi rientranti nella copertura** Per quanto riguarda i programmi Full Charity Care, Partial Charity Care, High Medical Cost Charity Care e Special Circumstances Charity Care, i servizi rientranti nella copertura sono quelli di pronto soccorso e gli altri servizi necessari dal punto di vista medico forniti da Community Medical Centers (CMC). I beni e servizi per trattamenti medici cosmetici, opzionali o sperimentali, non rientrano nell'assistenza finanziaria ai sensi della presente politica aziendale.
- E. **Full Charity Care** (Assistenza gratuita completa) Full Charity Care prevede la cancellazione completa dei costi non scontati per i servizi rientranti nella copertura di CMC. L'assistenza gratuita completa è disponibile per i pazienti che:
1. abbiano un reddito del nucleo familiare pari o inferiore al 350% del più recente livello di povertà federale (Federal Poverty Level, FPL); e
 2. non sono assicurati, come sopra specificato.
- F. **Partial Charity Care (Assistenza gratuita parziale)** Partial Charity Care prevede la cancellazione parziale dei costi non scontati per i servizi rientranti nella copertura di CMC, per i pazienti:
1. con reddito del nucleo familiare compreso tra il 351% e il 400% del FPL;
 2. che non sono assicurati, come sopra specificato;
 3. e che, secondo il parere del CFO (Direttore finanziario) o di una persona da questi designata, abbiano diritto allo sconto.
 4. CMC deve limitare i pagamenti previsti per i servizi forniti ai degenti, al gruppo di servizi rientranti nella copertura Medicare DRG (Medicare inpatient Diagnosis-Related Group), (o alla quota più alta che CMC si attende in buona fede possa essere pagata da un programma pubblico a cui partecipi CMC) ovvero, per i servizi senza Medicare DRG, un importo idoneamente scontato, a condizione che i servizi non siano già scontati.
 5. Per i servizi ambulatoriali, CMC deve limitare i pagamenti attesi alla tariffa Medicare, o, dove non vi sia una tariffa Medicare, ai costi non scontati di CMC moltiplicati per il rapporto costo/addebito di Medicare per i servizi ambulatoriali.
- G. **Special Circumstances Charity Care (Assistenza gratuita per circostanze speciali)** Special Circumstances Charity Care permette ai pazienti non assicurati che non hanno i requisiti per l'assistenza finanziaria, o che non sono in grado di seguire specifiche procedure dell'ospedale, di ottenere lo storno totale o parziale delle spese non scontate dell'ospedale per i servizi rientranti nella copertura, con l'approvazione del CFO di CMC o di persona da questi designata. L'ospedale deve documentare la decisione, indicando le ragioni per le quali il paziente non ha i requisiti per l'assistenza finanziaria. Quanto segue è un elenco non completo di alcune circostanze che possono dar diritto all'assistenza gratuita per circostanze speciali:
1. **Fallimento:** i pazienti che sono in fallimento o hanno recentemente completato la procedura di bancarotta.
 2. **Pazienti senz'atetto:** quanti sono ricoverati in pronto soccorso senza fonte di pagamento se non hanno lavoro, indirizzo postale, residenza o assicurazione.
 3. **Pazienti defunti:** i pazienti deceduti senza assicurazione, patrimonio o copertura di terzi.
 4. **Servizi negati da Medicare:** i pazienti che rientrano nei limiti di reddito di Medicare possono far domanda di assistenza finanziaria per i ricoveri negati, i giorni di cura negati e i servizi non rientranti nella copertura. I pazienti potrebbero non ricevere assistenza finanziaria per la quota di costo a carico di Medicare.
 5. **Servizi negati da Medi-Cal:** i pazienti che rientrano nei limiti di reddito di Medi-Cal possono far domanda di assistenza finanziaria per i ricoveri negati, i giorni di cura negati e i servizi non compresi. I pazienti potrebbero non ricevere assistenza finanziaria per la quota di costi a carico di Medi-Cal. Gli aventi diritto a programmi come Medi-Cal ma la cui ammissibilità non è ancora determinata per il periodo durante il quale i servizi medici sono stati prestati, possono far domanda di Assistenza finanziaria.
- H. **High Medical Costs for Insured Patients Charity Care (Assistenza gratuita per costi medici elevati per pazienti assicurati)** High Medical Cost Charity Care è uno storno completo

dell'importo a carico del paziente per i servizi rientranti nella copertura. Questo sconto è disponibile per i pazienti che hanno i seguenti requisiti:

1. il paziente è assicurato;
 2. il reddito del nucleo familiare del paziente è inferiore al 350% del FPL; e
 3. le spese mediche del paziente o della sua famiglia per i servizi rientranti nella copertura (sostenuti presso i CMC o pagati ad altre strutture negli ultimi dodici (12) mesi), superano il 10% del reddito del nucleo familiare del paziente.
- I. **Medico di pronto soccorso** È un medico che presta servizi medici di pronto soccorso in un ospedale.
- J. **Livello di povertà federale (FPL)** È il livello di reddito che viene pubblicato annualmente dal Ministero della Sanità e Servizi Umani degli Stati Uniti (HHS) e viene usato da CMC per determinare gli aventi diritto all'assistenza finanziaria.
- K. **Importo dovuto dal paziente** L'ammontare complessivo che il paziente assicurato deve pagare personalmente dopo che il terzo erogante la copertura a favore del paziente abbia determinato l'importo della prestazione a suo favore.
- L. **Famiglia del paziente** Per famiglia del paziente si intendono:
1. **Pazienti adulti** Per i pazienti che hanno compiuto i 18 anni di età, la famiglia del paziente comprende il coniuge o il partner e i figli a carico con meno di 21 anni di età, indipendentemente dal fatto che vivano a casa.
 2. **Pazienti minorenni** Per i pazienti aventi meno di 18 anni di età, la famiglia del paziente comprende i genitori, i familiari che ne fanno le veci e gli altri figli aventi meno di 21 anni di età dei genitori o dei familiari che ne fanno le veci.
- M. **Autore di un illecito civile** È una persona che ha commesso un illecito civile, dolosamente o per negligenza.

III. POLITICA AZIENDALE

- A. CMC eroga assistenza finanziaria, in conformità alla presente politica, sotto forma di cure mediche scontate o gratuite, ai pazienti CMC aventi diritto che siano:
1. Pazienti non assicurati con basso reddito.
 2. Pazienti assicurati con basso reddito e spese mediche elevate.
 3. Pazienti in circostanze speciali.
- B. CMC fornisce a pazienti non assicurati con basso reddito e a pazienti assicurati con basso reddito e spese mediche elevate le informazioni richieste dalla legge riguardo agli oneri finanziari a loro carico per i servizi e la disponibilità di sconti e assistenza finanziaria, in conformità alla presente politica.
- C. La presente politica si applica alle strutture ospedaliere con licenza concessa da CMC. A meno che non sia specificato altrimenti, la politica non si applica a medici o altri operatori sanitari i cui servizi non sono compresi nella fattura di CMC. In California, un medico di pronto soccorso che eroga servizi di emergenza in un ospedale deve applicare sconti ai pazienti non assicurati o con spese mediche elevate che abbiano reddito inferiore al 350% del FPL. Gli specialisti che sono chiamati al Dipartimento emergenze delle strutture CMC o che hanno rapporti privilegiati con CMC al di fuori del pronto soccorso, non sono medici di pronto soccorso.

IV. PROCEDURA

- A. Avanti diritto
1. Criteri di ammissibilità. Durante l'esame della domanda, CMC deve applicare i seguenti criteri di ammissibilità per ricevere assistenza sanitaria:

Categoria di assistenza finanziaria	Criteri di ammissibilità del paziente	Sconti disponibili
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------

<p>Full Charity Care</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Il paziente non è assicurato; 2. Il reddito del nucleo familiare del paziente è pari o inferiore al 350% del FPL più recente. 	<p>Cancellazione completa dei costi di CMC non scontati per i servizi rientranti nella copertura.</p>
<p>Partial Charity Care</p>	<ol style="list-style-type: none"> 3. Il paziente non è assicurato; 4. Il reddito del nucleo familiare del paziente è compreso fra il 351 e il 400% del FPL più recente. 	<p>Cancellazione parziale dei costi di CMC non scontati per i servizi rientranti nella copertura.</p> <p>Servizi ai degenti: CMC deve limitare i pagamenti previsti per i servizi forniti ai degenti, al gruppo di servizi rientranti nella copertura Medicare DRG (o alla quota più alta che CMC si attende in buona fede possa essere pagata da un programma pubblico a cui partecipi CMC) ovvero, per i servizi senza Medicare DRG, un importo idoneamente scontato.</p> <p>Servizi ambulatoriali: CMC deve limitare i pagamenti attesi alla tariffa Medicare, o, dove non vi sia una tariffa Medicare, al rapporto costo/addebito Medicare di CMC per i servizi ambulatoriali.</p>
<p>High Medical Cost Charity Care (per pazienti assicurati)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 5. Il paziente è assicurato; 6. Il reddito del nucleo familiare del paziente è pari o inferiore al 350% del FPL più recente; 7. Le spese mediche del paziente o della sua famiglia (sostenute presso strutture CMC o pagati ad altre strutture negli ultimi dodici (12) mesi), superano il 10% del reddito del nucleo familiare del paziente. 	<p>Cancellazione completa dell'importo a carico del paziente per i servizi rientranti nella copertura.</p>

<p>Special Circumstances Charity Care</p>	<p>8. Il paziente non è assicurato o ha una assicurazione insufficiente;</p> <p>9. Non ha i requisiti per ricevere assistenza finanziaria;</p> <p>10. Esiste una circostanza speciale;</p> <p>11. Il CFO o una persona da questi designata ha approvato lo sconto;</p> <p>12. CMC documenta la decisione, indicando le ragioni per le quali il paziente non ha i requisiti per ottenere l'assistenza finanziaria ordinaria.</p>	<p>Cancellazione totale o parziale dei costi dell'ospedale non scontati per i servizi rientranti nella copertura.</p>
--	---	---

2. Calcolo del reddito del nucleo familiare: per determinare se il paziente ha diritto all'assistenza finanziaria, CMC deve prima calcolare il reddito del suo nucleo familiare nel modo seguente:
 - a. Prova del reddito del nucleo familiare: i pazienti devono solo fornire i cedolini stipendio recenti o le dichiarazioni dei redditi come prova del reddito. Il reddito del nucleo familiare è il reddito annuo di tutti i membri del nucleo familiare del paziente per i dodici mesi precedenti o l'anno fiscale anteriore come indicato nei cedolini stipendio o nelle dichiarazioni dei redditi, dedotti i pagamenti fatti per alimenti e supporto per i figli.
 - b. Calcolo del reddito del nucleo familiare per pazienti defunti: un paziente deceduto senza coniuge sopravvissuto, può essere considerato privo di reddito al fine del calcolo del reddito del suo nucleo familiare. La documentazione del reddito non è necessaria per i pazienti defunti; può però essere richiesta documentazione del patrimonio. Il coniuge superstite di un paziente defunto può far richiesta di assistenza finanziaria.
3. Calcolo del reddito del nucleo familiare del paziente come percentuale del FPL: dopo aver determinato il reddito familiare di un paziente, CMC calcola il livello del reddito del nucleo familiare del paziente stesso in relazione al FPL, espresso come percentuale di quest'ultimo. Se ad esempio, il FPL per una famiglia di tre persone è \$ 20.000 e il reddito del nucleo familiare del paziente è \$ 60.000, la percentuale del reddito del nucleo familiare calcolato dal CMC è pari al 300% del FPL. Questo calcolo va usato per determinare se un paziente rientra nei criteri per l'assistenza finanziaria.
4. Esclusioni/eccezioni per l'assistenza finanziaria: di seguito vengono riportate le circostanze in cui non è disponibile l'assistenza finanziaria ai sensi di questa politica.

Pazienti Medi-Cal con condivisione dei costi: i pazienti Medi-Cal che hanno l'onere di pagare una quota dei costi non possono far richiesta di assistenza finanziaria per ridurre la quota di costi a loro carico. CMC tenterà di recuperare tali somme dai pazienti.

 - a. Paziente che rinuncia a servizi rientranti nella copertura: un paziente assicurato che sceglie di richiedere servizi non rientranti nella propria copertura assicurativa (come il paziente di un HMO che richiede a CMC servizi

al di fuori del network, o un paziente che rifiuta il trasferimento da CMC a una struttura interna al network) non ha diritto ad assistenza finanziaria.

- b. Un paziente assicurato non coopera con il terzo pagante: un paziente assicurato da un terzo pagante che rifiuta di pagare perché il paziente non ha fornito le necessarie informazioni per determinare la quota a carico di tale terzo non ha diritto all'assistenza finanziaria.
- c. Il pagante paga direttamente il paziente: se un paziente riceve pagamenti per i servizi direttamente come risarcimento danni, per Supplemento di Medicare o da un altro pagante, il paziente non ha diritto all'assistenza finanziaria.
- d. Falsificazione di informazioni: CMC può rifiutare di concedere assistenza finanziaria ai pazienti che falsifichino le informazioni riguardanti reddito, dimensione del nucleo familiare o altre informazioni contenute nella richiesta di assistenza.
- e. Indennizzi di terzi: se il paziente conclude una transazione o ottiene una sentenza a danno dell'autore di un illecito che ha causato danni al paziente, quest'ultimo deve usare la somma concessa o l'importo della condanna per soddisfare i saldi dovuti nel proprio conto, e non ha diritto all'assistenza finanziaria.
- f. Servizi professionali (medici): i servizi di medici come anestesisti, radiologi, medici ospedalieri, patologi, ecc. non rientrano in questa politica. Tutte le eccezioni sono indicate nell'Allegato A. Molti medici adottano prassi al riguardo che permettono ai pazienti di far domanda per ricevere prestazioni scontate o gratuite. I pazienti possono ottenere le informazioni sulle prassi dei medici in materia di prestazioni scontate o gratuite direttamente da questi ultimi.

B. Procedimento di richiesta

1. CMC si impegna a fare tutto quanto in suo potere per ottenere dal paziente o da un suo rappresentante le informazioni riguardanti la disponibilità di assicurazioni sanitarie pubbliche o private per coprire i costi delle spese rese da CMC a un paziente. Deve essere valutata la possibilità di ricevere assistenza finanziaria per ogni paziente che indichi in qualsiasi momento di non essere in grado di pagare un conto per i servizi ospedalieri. Per rientrare nella categoria di paziente non assicurato, il paziente o il suo garante deve verificare che il paziente stesso non abbia diritto a assicurazioni o prestazioni di programmi assicurativi o pubblici che coprirebbero o ridurrebbero i costi.
2. Tutti i pazienti devono essere incoraggiati a cercare di determinare se possono avere diritto a programmi di assistenza pubblici, ove non lo abbiano già fatto. CMC deve fornire un modulo di richiesta del programma Medi-Cal o di altri programmi pubblici se il paziente indica di non avere copertura da un terzo pagante o richiede assistenza finanziaria.
3. I pazienti devono porre in essere quanto possibile per fornire a CMC la documentazione del proprio reddito e della copertura dell'assicurazione sanitaria.
4. I pazienti che intendono far domanda di assistenza finanziaria devono usare l'apposito modulo standardizzato Application for financial assistance ([Richiesta di assistenza finanziaria](#)).
5. I pazienti possono far richiesta di assistenza finanziaria compilando l'apposita domanda di persona presso le [sedi CMC](#) elencate nell'allegato C o per telefono contattando l'ufficio ricoveri al numero (559) 459-2998.
6. Si possono ritirare copie del modulo di Assistenza finanziaria presso le sedi CMC indicate nell'allegato C, via posta o al sito web di CMC (www.communitymedical.org).
7. I pazienti devono completare la richiesta di assistenza finanziaria non appena possibile dopo aver ricevuto cure in strutture CMC. Non restituire il modulo di domanda debitamente compilato entro 180 giorni dalla data della dimissione ospedaliera, può comportare che la domanda di assistenza finanziaria non venga accettata.
8. I pazienti devono spedire le domande in materia di assistenza finanziaria al seguente indirizzo: Community Medical Centers, Patient Financial Services Department, P.O. Box 1232, Fresno, CA 93715, Attn: Financial Assistance Application.

C. Determinazione dell'assistenza finanziaria

1. CMC prende in esame tutte le domande di assistenza finanziaria, che viene concessa quando i pazienti hanno i requisiti di ammissibilità sopra indicati.
2. Le informazioni riguardanti reddito e patrimonio ottenute come parte del procedimento di determinazione della ammissibilità, devono essere mantenute separate dai fascicoli usati per raccogliere le informazioni riguardanti il recupero del credito, e non devono essere prese in considerazione al momento della riscossione.
3. Se il paziente non presenta la documentazione di reddito o la copertura assicurativa sanitaria, e CMC può ragionevolmente eseguire la propria determinazione in assenza della documentazione richiesta, CMC deve eseguire la propria determinazione sulla base delle informazioni in proprio possesso. La mancata presentazione da parte del paziente delle necessarie e motivate informazioni, come la documentazione del reddito e della copertura assicurativa sanitaria, può essere presa in considerazione da CMC nella determinazione dell'ammissibilità a ricevere assistenza finanziaria.
4. I pazienti possono anche far domanda di assistenza da parte di programmi pubblici. CMC deve aiutare i pazienti a determinare se hanno diritto all'assistenza pubblica o di altro tipo, o se il paziente ha diritto alle prestazioni di piani previsti dal California Health Benefit Exchange (come ad esempio Covered California).
 - a. Se allo stesso tempo in cui presenta domanda di assistenza finanziaria, un paziente fa domanda per partecipare ad un altro programma di copertura dei costi o questa è già in corso, la richiesta di un altro programma di copertura sanitaria non è di preclusione per la ammissibilità all'assistenza finanziaria.
5. Le domande devono essere prese in esame tempestivamente. CMC deve completare la propria determinazione di ammissibilità entro 45 giorni dal ricevimento della domanda. Una domanda non si considera completa fino a quando le informazioni sull'assicurazione o le altre fonti di pagamento non sono completate.
6. Al termine della determinazione dell'ammissibilità ai programmi di Full Charity Care, Partial Charity Care, High Medical Cost Charity Care, o Special Circumstances Charity Care, deve essere inviato a chi abbia fatto domanda un **"Modulo di comunicazione"** (Allegato D) per comunicare la decisione del CMC.
7. Se un paziente viene approvato ai sensi della presente politica aziendale, ma dopo il processo di domanda e approvazione iniziale viene determinato che il paziente non ha diritto a causa dell'esistenza di un terzo pagante, le spese saranno ripristinate e CMC deve richiedere il pagamento del conto del paziente al terzo pagante. Se si verifica successivamente che il terzo pagante non è responsabile del pagamento del conto del paziente, l'ammissibilità del paziente verrà ripristinata senza che sia necessario un nuovo modulo di valutazione finanziaria.
8. Una volta determinata l'ammissibilità a ricevere assistenza finanziaria, questa si presume valida per sei mesi dall'invio da parte dell'ospedale al paziente del modulo di comunicazione. Dopo un anno, il paziente deve fare nuovamente domanda di assistenza finanziaria.
9. Se la determinazione di assistenza finanziaria crea un saldo creditizio a favore del paziente, il rimborso del saldo creditizio deve comprendere gli interessi sull'importo del pagamento eccessivo al tasso di legge (10% annuo) ai sensi della sezione 127400 del Health and Safety Code (Codice Sicurezza e Sanità), dalla data del pagamento del paziente, fermo restando che CMC non deve restituire un saldo creditizio che, unitamente agli interessi, sia inferiore a cinque dollari.

D. Controversie

1. Un paziente può chiedere il riesame della decisione del CMC di negare assistenza finanziaria, comunicando a Patient Financial Services le proprie ragioni e il provvedimento richiesto entro trenta (30) giorni da quando il paziente riceve la comunicazione delle circostanze che danno adito alla controversia. I pazienti possono richiedere il riesame oralmente chiamando Patient Financial Services al numero (559) 459-3939 o per iscritto, inviando le informazioni sopra richieste a Community Medical Centers, Patient Financial Services Department, P.O. Box. 1232, Fresno, CA 93715.

Patient Financial Services deve prendere in esame la richiesta presentata dal paziente non appena possibile e comunicare la propria decisione al paziente per iscritto.

E. Disponibilità delle informazioni di assistenza sanitaria.

1. Lingue: la presente politica sarà disponibile nella lingua principale dell'area di servizi di CMC. Inoltre tutte le comunicazioni di cui alla presente sezione saranno disponibili nella lingua principale dell'area di servizi dell'ospedale e ai sensi di tutte le leggi e regolamenti federali applicabili. La lingua principale (o lingue principali) dell'area di servizi CMC è la lingua che viene parlata da 1.000 persone o da almeno il 5% di quanti vivono nell'area in cui opera CMC o della popolazione che viene influenzata o è interessata da CMC. CMC può determinare la percentuale o il numero di persone che hanno una limitata conoscenza dell'inglese nell'area di influenza di CMC o che possono essere influenzate o interessate da CMC usando qualsiasi metodo valido.
2. Informazioni fornite ai pazienti durante la fornitura di servizi ospedalieri:
Ricovero o registrazione: Durante il processo di ricovero o registrazione (o comunque non appena possibile), CMC deve fornire a tutti i pazienti una copia formulata chiaramente della politica in materia di assistenza finanziaria (allegato E) con le informazioni sul loro diritto di richiedere un preventivo dei costi a loro carico per i servizi, nonché le sedi dove i pazienti possono richiedere assistenza per far domanda di assistenza finanziaria.
 - a. Servizi di emergenza: nel caso di servizi di emergenza, CMC deve fornire ai pazienti un riepilogo formulato chiaramente della politica in materia di assistenza finanziaria non appena possibile dopo la stabilizzazione delle condizioni mediche di emergenza o al momento della dimissione dall'ospedale.
 - b. Moduli forniti alla dimissione dall'ospedale: al momento della dimissione, CMC deve fornire a tutti i pazienti un riepilogo formulato chiaramente della politica in materia di assistenza finanziaria (allegato E), e a tutti i pazienti non assicurati, i moduli per presentare domanda a Medi-Cal e a California Children's Services o per tutti i programmi pubblici di cui si può far richiesta.
3. Informazioni fornite a pazienti in altri momenti:
Informazioni di contatto: i pazienti possono contattare l'ufficio ricoveri di CMC chiamando il numero (559) 459-2998 o recandosi di persona presso le sedi di cui all'allegato C, per ottenere informazioni ulteriori sull'assistenza finanziaria e ricevere assistenza sul procedimento di domanda.
 - a. Fatturazione: CMC fattura ai pazienti ai sensi della politica di fatturazione e riscossione. Le fatture presentate ai pazienti devono comprendere un riepilogo formulato chiaramente della politica di assistenza finanziaria dal titolo "Informazioni importanti sulla fatturazione per i pazienti" (Allegato E), un numero di telefono che i pazienti possono chiamare nel caso abbiano domande al riguardo, e il sito web dove i pazienti possono ricevere ulteriori informazioni sull'assistenza finanziaria, compresi la politica di assistenza finanziaria, un riepilogo formulato chiaramente della politica e il modulo di domanda di assistenza finanziaria. Un riepilogo dei diritti del paziente è incluso nell'allegato F e va incluso nella fattura finale del paziente.
 - b. A richiesta: dietro loro richiesta, CMC deve fornire gratuitamente ai pazienti copie stampate della politica di assistenza finanziaria, il modulo di domanda di assistenza finanziaria e il riepilogo formulato chiaramente della politica di assistenza finanziaria.
4. Pubblicità delle informazioni di assistenza sanitaria.
Copie fornite ai pazienti: CMC deve fornire una versione stampata del riepilogo formulato chiaramente della politica di assistenza finanziaria ai pazienti come parte del processo di ricovero o di dimissione.
 - a. Comunicazione sull'estratto conto: CMC deve inserire una nota scritta ben visibile sull'estratto conto che comunichi ai destinatari la disponibilità di assistenza finanziaria ai sensi della politica in materia di CMC, fornendo le seguenti informazioni: l'indirizzo del sito web dove si possono ottenere la

politica di assistenza finanziaria, il riepilogo formulato chiaramente della stessa e il modulo di domanda di assistenza finanziaria nonché il numero di telefono dell'ufficio ricoveri, che può dare informazioni sulla politica di assistenza finanziaria e assistere nel processo di richiesta.

- b. Informazioni al pubblico: CMC deve affiggere in modo ben visibile cartelli (o altre misure che possano attrarre l'attenzione del paziente) che avvisino i pazienti e li informino della presente politica in luoghi pubblici all'interno delle sedi CMC compreso, come minimo, il pronto soccorso e le aree di ricovero.
- c. Sito web: la politica di assistenza finanziaria, il modulo di domanda di assistenza finanziaria e il riepilogo formulato chiaramente della politica di assistenza finanziaria devono essere disponibili in un punto ben visibile del sito web di CMC (www.communitymedical.org). Quanti richiedono informazioni in materia di assistenza finanziaria, non devono creare un account o indicare informazioni personali prima di ricevere informazioni in materia di assistenza finanziaria.
- d. Posta: i pazienti possono richiedere che una copia gratuita della politica di assistenza finanziaria, del modulo di domanda di assistenza finanziaria e del riepilogo formulato chiaramente della politica di assistenza finanziaria siano spedite loro gratuitamente.
- e. Pubblicità e comunicati stampa: se necessario, CMC deve predisporre una pubblicità riguardante la disponibilità di assistenza finanziaria presso CMC nelle testate giornalistiche principali nelle aree servite da CMC e ove non sia fattibile, CMC deve emettere un comunicato stampa al riguardo contenente tali informazioni, o usare altri mezzi che CMC ritenga possano rendere ben nota la disponibilità della politica ai pazienti interessati nella zona.

F. Varie

1. Tenuta dei libri contabili: le registrazioni in materia di assistenza finanziaria devono essere disponibili tempestivamente. CMC deve archiviare le informazioni riguardanti il numero di pazienti non assicurati che hanno ricevuto servizi da CMC, il numero di domande di assistenza finanziaria presentate, il numero di domande approvate, il valore previsto in dollari delle prestazioni fornite, il numero di domande rigettate e le ragioni del rigetto. Inoltre devono anche essere immesse nel conto del paziente delle note sull'approvazione o rigetto della domanda di assistenza finanziaria.
2. Piani di pagamento: i pazienti possono avere diritto a un piano di pagamento rateale. I piani di pagamento sono offerti ai sensi della politica di fatturazione e recupero.
3. Fatturazione e recupero: CMC può impegnarsi in maniera ordinaria per ottenere il pagamento dai pazienti. Le informazioni ottenute durante il processo di domanda di assistenza sanitaria non possono essere utilizzate nel processo di recupero crediti, né da CMC né da altre agenzie di recupero crediti a cui questa si rivolga. Le azioni di recupero ordinarie comprendono l'invio di estratti conto del paziente scritti, l'esecuzione di telefonate e il rinvio delle note di debito che possono essere state inviate al paziente o al suo garante. I dipartimenti Affiliates e Revenue Cycle devono predisporre procedure per assicurare che le domande e le rimostranze dei pazienti in materia di fatturazione siano esaminate e se necessario corrette, e fare tempestivamente seguito al riguardo con il paziente. Né CMC né altre agenzie di recupero crediti alle quali CMC si rivolga, possono eseguire azioni di recupero crediti straordinarie (secondo quanto definito dalla politica di Fatturazione e recupero di CMC). Copie della politica di fatturazione e recupero possono essere ottenute gratuitamente al sito web di www.communitymedical.org.
4. Dichiarazioni a OSHPD: CMC deve inviare le politiche aziendali in materia di assistenza finanziaria all'organo Office of Statewide planning and healthcare department ("OSHPD"). Le politiche si possono trovare al sito web di OSHPD: <https://syfphr.oshpd.ca.gov/>.

G. Importi fatturati generalmente

1. Ai sensi della sezione 1.501(r) delle norme federali (Code of Federal Regulations), CMC adotta i metodi previsti da Medicare per gli importi fatturati generalmente. I pazienti che hanno diritto all'assistenza finanziaria non sono responsabili degli importi fatturati generalmente.

V. RIFERIMENTI

Internal Revenue Code section 501(r)

26 Code of Federal Regulations 1.501(r)

California Health and Safety Code sections 124700-127446

Documenti citati

Tipo di riferimento	Titolo	Note
Documenti a cui si fa riferimento nel presente documento.		
Documenti a cui si fa riferimento	Richiesta di assistenza finanziaria	
Documenti a cui si fa riferimento	Sedi CMC	
Documenti a cui si fa riferimento	Modulo di comunicazione	
Documenti a cui si fa riferimento	https://syfphr.oshpd.ca.gov/	
Documenti a cui si fa riferimento	Riepilogo dei diritti del paziente	
Documenti a cui si fa riferimento	www.communitymedical.org	
Documenti a cui si fa riferimento	Richiesta di assistenza finanziaria	
Documenti a cui si fa riferimento	Uffici di determinazione dell'assistenza finanziaria di CMC (sedi)	
Documenti a cui si fa riferimento	Comunicazione dei diritti della politica di assistenza finanziaria	
Documenti a cui si fa riferimento.	informazioni Importanti sulla fatturazione per i pazienti	
Documenti a cui si fa riferimento.	Modulo di comunicazione	

Copie su supporto cartaceo del presente documento potrebbero non essere correnti e non bisogna fare affidamento su di esse per usi ufficiali. La versione corrente in Lucidoc al momento è <https://www.lucidoc.com/cgi/doc-gw.pl?ref=communitymc:24817>.