
TIPO DI POLITICA:	Dipartimentale	
STRUTTURA:	JFK Medical Center & Johnson Rehabilitation Institute	
TITOLO POLITICA:	Politica di assistenza finanziaria e Politica di fatturazione/recupero crediti	
DECORRENZA:	2016/01/01	DATA REVISIONE: 27/06/2017

Politica di assistenza finanziaria

I. SCOPO:

JFK Health System, Inc., che comprende il JFK Medical Center e il Johnson Rehabilitation Institute (collettivamente "JFK"), si impegna a fornire i servizi di assistenza sanitaria di qualità più elevati per i nostri concittadini e si impegna a garantire che tutti i pazienti ricevano i servizi di pronto soccorso essenziali e altri servizi medico-sanitari necessari, a prescindere dalla loro capacità finanziaria.

II. POLITICA:

Questa politica di assistenza finanziaria ("FAP") illustrerà le politiche di assistenza finanziaria e le pratiche di JFK. Conformemente a questa FAP, JFK si impegna a fornire assistenza finanziaria agli individui che hanno esigenze di assistenza sanitaria e che non sono assicurati, non adeguatamente assicurati, ammissibili per altre forme di assistenza governativa, o siano altrimenti non in grado di pagare per il pronto soccorso o per altri servizi sanitari medici necessari in base alla loro situazione finanziaria individuale.

JFK fornirà, senza discriminazione, la cura per condizioni mediche di emergenza agli individui, indipendentemente dalla loro ammissibilità all'assistenza finanziaria o capacità finanziaria. È prassi seguita da JFK quella di rispettare gli standard della legge sul trattamento medico e trasporto d'emergenza del 1986 ("EMTALA") e le disposizioni EMTALA nel fornire un esame di screening medico e ulteriori trattamenti che possono essere necessari per stabilizzare una condizione medica di emergenza per ogni individuo che si rivolge al pronto soccorso in cerca di cure. JFK non si impegnerà in nessuna azione che scoraggi gli individui dal cercare assistenza medica di pronto soccorso, come ad esempio chiedendo ai pazienti di pagare prima di ricevere il trattamento per condizioni mediche di emergenza o permettendo attività di recupero crediti nel dipartimento di pronto soccorso o di altri settori in cui tali attività potrebbe interferire con la fornitura di cure di pronto soccorso su una base non discriminatoria.

L'assistenza finanziaria è disponibile solo per pronto soccorso o per altri servizi sanitari medici necessari. Inoltre, non tutti i servizi forniti all'interno dell'ospedale di JFK sono forniti da dipendenti JFK e quindi non possono essere coperti dalla presente FAP. Si prega di fare riferimento all'Appendice A per un elenco di centri medici che forniscono servizi di pronto soccorso o altri servizi medico-sanitari necessari all'interno di strutture ospedaliere JFK. Questa appendice specifica quali centri medici sono coperti da questa FAP e quali non lo sono. L'elenco dei centri medici sarà rivisto trimestralmente e aggiornato, se necessario.

III. **DEFINIZIONI:**

Ai fini di questa FAP, i termini di seguito sono definiti come segue:

Importi generalmente fatturati ("AGB"): ai sensi del codice tributario statunitense [IRC, n.d.t.] sezione 501(r)(5), in caso di cure di pronto soccorso o di altre cure medicalmente necessarie, ai pazienti ammissibili alla FAP non verrà addebitato un importo maggiore rispetto ad un individuo la cui assicurazione copra tale cura.

Percentuale AGB: una percentuale di oneri lordi che una struttura ospedaliera utilizza per determinare l'AGB per cure di pronto soccorso o altre cure medicalmente necessarie che fornisce ad un individuo che può beneficiare di assistenza nell'ambito della FAP.

Periodo di applicazione: il periodo di tempo in cui un individuo può chiedere assistenza finanziaria. Per soddisfare i criteri delineati nell'IRC §501(r)(6), JFK consente agli individui fino ad un (1) anno dalla data in cui all'individuo è fornito il primo estratto conto post-dimissione, di fare domanda per l'assistenza finanziaria.

Criteri di ammissibilità: i criteri di cui alla presente FAP (e supportati dalle procedure) utilizzati per determinare se un paziente abbia i requisiti per l'assistenza finanziaria.

Condizioni mediche di emergenza: definiti ai sensi della sezione 1867 della legge sulla sicurezza sociale (42 USC 1395dd).

Azioni di recupero crediti straordinarie ("ECA"): tutti i procedimenti legali o giudiziari, compresi, tra gli altri, il pignoramento dei salari, il porre vincoli sulla proprietà e la segnalazione alle agenzie di credito. Le ECA comprendono la vendita del debito di un individuo a terzi, azioni legali, ipoteche sulle residenze, arresti, ordini di comparizione o altri procedimenti analoghi di recupero crediti.

Assistenza finanziaria: aiuto ufficiale dato a un individuo o un'organizzazione in forma di denaro, prestiti, riduzione delle tasse, ecc. Conformemente a questa FAP, l'assistenza finanziaria fornisce a un paziente cure di pronto soccorso o altre cure medicalmente necessarie gratuite o scontate, se soddisfano i criteri stabiliti e sono stati designati come ammissibili.

Famiglia: utilizzando la definizione dell'ufficio censimenti, un gruppo di due o più individui che risiedono insieme e che sono legati per nascita, matrimonio o adozione. Secondo le regole del codice tributario statunitense, se il paziente dichiara qualcuno a carico sulla propria dichiarazione dei redditi, quest'ultimo può essere considerato a carico ai fini della fornitura di assistenza finanziaria.

Reddito lordo familiare: il reddito lordo familiare viene stabilito utilizzando la definizione dell'ufficio censimenti, che utilizza i seguenti redditi nel calcolo delle linee guida della povertà:

- I guadagni da reddito, le indennità di disoccupazione, il risarcimento da lavoro, la sicurezza sociale, il reddito sociale supplementare, l'assistenza pubblica, i pagamenti ai veterani, le prestazioni ai superstiti, i redditi da pensione, gli interessi, i dividendi, i canoni di affitto, le royalties, i redditi da proprietà, i trust, l'assistenza educativa, gli alimenti, il mantenimento dei figli, l'assistenza al di fuori della famiglia e altre risorse differenti;
- Benefici non monetari, come buoni pasto e sussidi per la casa, non contano;

- È determinato su base ante imposte;
- Sono escluse le plusvalenze o le minusvalenze; e
- se un individuo vive con una famiglia, comprende il reddito di tutti i membri della famiglia (non parenti, come i coinquilini, non contano).

Ammissibili alla FAP: gli individui che sono ammissibili al contributo finanziario totale o parziale ai sensi di questa politica.

Livello federale di povertà ("FPL"): una misura del livello di reddito rilasciato annualmente dal Dipartimento della Salute e dei Servizi Sociali. I livelli di povertà federali vengono utilizzati per determinare l'ammissibilità per l'assistenza finanziaria.

Oneri lordi: prezzo pieno stabilito dalla struttura ospedaliera per l'assistenza medica, che è coerentemente e uniformemente applicato ai pazienti prima di applicare le agevolazioni, gli sconti o le deduzioni contrattuali.

Servizi medicalmente necessari: servizi di assistenza sanitaria che un medico, nell'esercizio di un giudizio clinico prudente, fornirebbe ad un paziente allo scopo di valutare, diagnosticare o curare una malattia, infortunio o suoi sintomi, e che sono: (a) in conformità con gli standard generalmente accettati della pratica medica; (b) clinicamente appropriati; e (c) non legati alla comodità del paziente.

Periodo di notifica: termine di 120 giorni che decorre dalla data del 1° primo estratto conto post-dimissione, in cui nessuna ECA può essere avviata nei confronti del paziente.

Riepilogo semplificato ("PLS"): una dichiarazione scritta che segnala ad un individuo che JFK offre assistenza finanziaria ai sensi della presente FAP e fornisce ulteriori informazioni in modo chiaro, conciso e di facile comprensione.

Non adeguatamente assicurati: il paziente ha un certo livello di assicurazione o di assistenza di terze parti, ma ha ancora spese vive che superano le proprie capacità finanziarie.

Non assicurati: il paziente non ha alcun livello di assicurazione o di assistenza di terze parti per aiutarlo a soddisfare i propri obblighi di pagamento.

IV. CRITERI DI AMMISSIBILITÀ ALL'ASSISTENZA FINANZIARIA:

JFK offre una varietà di programmi di assistenza finanziaria per aiutare i pazienti non assicurati e non adeguatamente assicurati. I programmi di assistenza finanziaria inclusi di seguito forniscono servizi di pronto soccorso gratuito o scontato o altri servizi sanitari medicalmente necessari agli individui che soddisfano i criteri stabiliti e sono designati come ammissibili.

Programma di Assistenza finanziaria ospedaliera del New Jersey ("Charity Care")

Il Charity Care è un programma del New Jersey in cui le cure gratuite o scontate sono disponibili per i pazienti che ricevono i servizi ambulatoriali e di degenza in ospedali per assistenza medica acuta in tutto lo Stato del New Jersey. L'assistenza ospedaliera e l'assistenza a prezzo ridotto sono disponibili solo per le necessarie emergenze o per altre cure medicalmente necessarie.

I pazienti del Johnson Rehabilitation Institute non sono idonei a ricevere il Charity Care per i servizi di riabilitazione ospedaliera o ambulatoriale. Lo Stato del New Jersey non rimborsa le strutture di riabilitazione per quei servizi.

Ammissibilità

I pazienti possono beneficiare del Charity Care se sono residenti del New Jersey che:

- 1) non hanno alcuna copertura sanitaria o che hanno una copertura che paga solo una parte del conto ospedaliero (non assicurati o non adeguatamente assicurati);
- 2) non sono ammissibili per qualsiasi copertura privata o finanziata dal governo (come Medicaid); e
- 3) soddisfano i seguenti criteri di ammissibilità per reddito e patrimonio descritti di seguito.

Criteri di ammissibilità per reddito

I pazienti con reddito lordo familiare inferiore o uguale al 200% del livello federale di povertà ("FPL") sono ammissibili per una copertura del 100% del Charity Care.

I pazienti con reddito lordo familiare superiore al 200%, ma inferiore o uguale al 300% del FPL sono ammissibili per cure scontate.

Criteri patrimoniali

Il Charity Care comprende soglie di ammissibilità di patrimonio in cui si afferma che i singoli beni non possono superare i 7.500 \$ e i beni di famiglia non possono superare i 15.000 \$ quale alla data di notifica.

Criteri di residenza

Il Charity Care può essere disponibile a non residenti del New Jersey che richiedano cure mediche immediate per una condizione medica di emergenza.

Le linee guida di ammissibilità al Charity Care sono fissati dallo Stato del New Jersey e ulteriori informazioni possono essere trovate al seguente sito web:

http://www.state.nj.us/health/charitycare/documents/charitycare_factsheet_en.pdf.

Legge del New Jersey sugli sconti per i non assicurati 2008, C. 60 ("Sconti per i non assicurati")

Lo sconto per i non assicurati del New Jersey è disponibile per i pazienti non assicurati.

Programma Compassionate Care

Tutti i pazienti potenzialmente ammissibili possono essere selezionati e fare domanda per l'assistenza Charity Care o possono fare domanda direttamente per il Programma Compassionate Care.



Il programma di JFK Compassionate Care è disponibile per i residenti del New Jersey non assicurati o non adeguatamente assicurati che sono ammissibili per l'assistenza parziale Charity Care. Se un individuo è ammissibile per il Charity Care, ma non riceve il 100% di copertura dal Charity Care, verrà applicato al saldo residuo lo sconto del Compassionate Care.

Gli individui non assicurati che sono stati selezionati per il Charity Care, ma non hanno i requisiti, sono ammissibili per il programma per i non assicurati/Compassionate Care.

V. Fare domanda per l'assistenza finanziaria

I rappresentanti finanziari JFK ("rappresentanti finanziari") sono a disposizione per assistere i pazienti che desiderino fare domanda di assistenza finanziaria o per fissare le modalità di pagamento. I rappresentanti finanziari collaboreranno con i pazienti al fine di garantire che il paziente abbia una conoscenza completa di tutti i programmi e delle procedure di assistenza finanziaria federali, statali e ospedalieri. I rappresentanti finanziari li aiuteranno a presentare domanda per i diversi programmi governativi e li consiglieranno su come procedere durante tutto il processo.

Se la vostra famiglia non ha i requisiti per nessun tipo di programma governativo, i nostri rappresentanti finanziari riesamineranno la vostra situazione finanziaria per vedere se soddisfi i criteri di ammissibilità per il Charity Care.

Processo di candidatura:

I pazienti che ritengano di essere ammissibili al contributo finanziario devono completare una Domanda per l'assistenza finanziaria ("Domanda"). I rappresentanti finanziari sono a disposizione per aiutare i pazienti con le loro domande. Le domande possono essere completate di persona con un rappresentante finanziario o individualmente e consegnate ad un rappresentante finanziario per la revisione e l'elaborazione.

Se un paziente desidera completare l'applicazione con un rappresentante finanziario, può chiamare per fissare un appuntamento. In alternativa, può visitare l'Ufficio Ammissioni per domandare e ricevere informazioni.

I rappresentanti finanziari informeranno e istruiranno il paziente su tutti i requisiti e i criteri applicabili per valutare l'ammissibilità. Successivamente, i pazienti sono tenuti a fornire varie informazioni personali, finanziarie e di altro tipo con la relativa documentazione di supporto per accertare il fabbisogno finanziario.

I rappresentanti finanziari compieranno ogni sforzo per visitare i pazienti ricoverati non assicurati, nel tentativo di metterli a conoscenza di tutti i programmi finanziari a loro disposizione. I rappresentanti finanziari continueranno successivamente a collaborare con il paziente e/o con la sua famiglia.

Dove ottenere il formulario di domanda:

I pazienti che desiderano fare domanda per l'assistenza finanziaria ai sensi della presente offerta FAP possono scaricare il formulario dal nostro sito web: <https://www.jfkmc.org/>

I formulari di domanda possono essere richiesti chiamando il Business Office al numero (732) 321-7566.



Copie cartacee della candidatura sono disponibili presso l'Ufficio Ammissioni situato presso:

JFK Medical Center
65 James Street
Edison, NJ 08820

I rappresentanti finanziari saranno sul posto per assistere l'utente dal Lunedì al Venerdì dalle 8:30 alle 17:00.

Tutte le domande completate possono essere inviate a:

JFK Medical Center
Ufficio Ammissioni
65 James Street
Edison, NJ 08820

Le decisioni sull'assistenza finanziaria dovranno essere prese il più presto possibile, e comunque non oltre i dieci (10) giorni lavorativi dalla data della richiesta. Se non viene fornita documentazione sufficiente la richiesta verrà considerata incompleta.

Documentazione richiesta:

Sono necessarie le seguenti informazioni su di voi, sul vostro coniuge e su eventuali figli di 21 anni e minori di 21:

- La più recenti dichiarazioni dei redditi federali (1040);
- Identificazione personale, ovvero la patente di guida in corso, la tessera di previdenza sociale, il certificato di nascita o il passaporto;
- Prova di residenza, ovvero la bolletta delle utenze, la bolletta telefonica o il contratto di locazione dalla data in cui i servizi sono stati prestati;
- Estratti conti di conti bancari, risparmi, CD, IRA, 401K, azioni e/o obbligazioni inclusa la data in cui i servizi sono stati prestati;
- Documentazione del reddito dei tre mesi immediatamente precedenti alla data in cui i servizi sono stati prestati. Possiamo accettare le buste paga per tutte le 13 settimane o una lettera su carta intestata dal vostro datore di lavoro che indichi il vostro stipendio lordo per ciascuna di queste settimane, singolarmente;
- Se siete lavoratori autonomi, dobbiamo avere un resoconto di profitti e perdite preparato e firmato da un commercialista per i 3 mesi immediatamente precedenti alla vostra data di servizio. Sono inoltre obbligatori la dichiarazione dei redditi e il conto bancario aziendale;
- Se si dispone di una società collettiva o per azioni, dobbiamo avere una lettera da un commercialista con l'indicazione dello stipendio settimanale. Sono inoltre obbligatori la dichiarazione dei redditi e il conto bancario aziendale;

- Se avete percepito assegni di disoccupazione, siete pregati di fornirci la lettera di ammissibilità assieme alle buste paga di disoccupazione dei tre mesi precedenti la data di servizio o un tabulato settimanale;
- Se si ricevono redditi da previdenza sociale, abbiamo bisogno della vostra lettera di "attribuzione" per l'anno in cui sono stati prestatati i servizi;
- Se si riceve una pensione, si prega di fornire le buste paga per i 3 mesi precedenti la data di servizio o una lettera da parte della società che eroga la pensione, indicando il vostro beneficio mensile lordo;
- Se vivete con i vostri genitori, ragazza, ragazzo, amico, ecc., abbiamo bisogno di una lettera firmata da loro che elenchi il loro indirizzo, numero di telefono, relazione rispetto a voi e da quanto tempo vivete lì;
- Se del caso, abbiamo bisogno di una copia dei documenti del divorzio, tra cui il mantenimento dei figli e/o le informazioni sugli alimenti; e
- se il vostro bambino è all'interno di un'età compresa tra 18 e 21 anni ed è uno studente di college a tempo pieno, o se voi avete 22 anni o più e siete uno studente di college a tempo pieno, si prega di fornire la documentazione dei premi finanziari per i semestri attuali e precedenti.

VI. Procedura

Prima di essere sottoposti alla selezione per il Charity Care, i candidati devono essere sottoposti alla selezione per determinare la loro potenziale ammissibilità per prestazioni assicurative o programmi di assistenza medica di terze parti che possano pagare il conto dell'ospedale. I pazienti non saranno considerati ammissibili per il Charity Care fino a quando non siano designati come non ammissibili per tutti gli altri programmi di assistenza medica (vale a dire Medicaid, Sicurezza sociale).

Se un individuo non è ammissibile per tutti gli altri programmi di assistenza medica, può essere sottoposto a selezione per il Charity Care. Se un paziente risponde ai criteri per il 100% del Charity Care, non si applicheranno i Programmi per i non assicurati/Compassionate Care (le spese saranno già interamente coperte).

Se un paziente è considerato ammissibile per un Charity Care parziale, il paziente riceverà la relativa lettera di ammissione (che è valida per un anno secondo le linee guida dello Stato), e riceverà inoltre una lettera di partecipazione per il programma di Compassionate Care. Gli individui non assicurati che non hanno i requisiti per il Charity Care saranno ammissibili per il Programma per i non assicurati/Compassionate Care.

Se il paziente afferma di non avere copertura assicurativa, gli verrà chiesto di firmare un "attestato di non assicurazione", prima di essere sottoposto alla selezione per l'assistenza finanziaria. Inoltre, gli verrà spiegato che se in seguito ottiene l'assicurazione, che non gli sarà addebitato nulla per le date di servizio che sono già occorse in regime di Compassionate Care come rinvii e/o non sarà richiesta alcuna pre-certificazione e/o i limiti di tempo per la registrazione potrebbero essere stati superati. Le date future del servizio dovranno avere tutti i requisiti assicurativi del rinvio e/o della pre-certificazione prima di continuare il trattamento.

Quando un paziente ottiene una copertura assicurativa, per quanto la verifica dimostri che i benefici si siano esauriti o non v'è alcun beneficio per il servizio(i) da fornire, gli verrà chiesto

di firmare una "comunicazione di mancata copertura", che indichi il motivo per la mancata copertura e l'accettazione di esserne personalmente responsabile. Ai pazienti sarà poi offerto il Programma per i non assicurati/Compassionate Care per i servizi non coperti. Se il paziente richiede che l'assicurazione sia addebitata, pur sapendo che il servizio non è coperto dal proprio pacchetto attuale di benefici, gli verrà spiegato che, anche se il rifiuto del Riassunto delle prestazioni mostra che il paziente non è responsabile, sarà considerato personalmente responsabile a causa della precedente notifica di non copertura.

Procedura per le domande incomplete:

Nel caso in cui non possa essere presa una decisione immediata sull'ammissibilità alla FAP, i rappresentanti finanziari richiederanno ulteriori informazioni al richiedente. JFK fornirà al richiedente sia un preavviso verbale che scritto, che descriva le informazioni aggiuntive/la documentazione necessaria per prendere una decisione sull'ammissibilità alla FAP e fornirà al paziente un ragionevole lasso di tempo (30 giorni) per fornire la documentazione richiesta. Durante questo tempo JFK, o terzi che agiscano per suo conto, sospenderà qualsiasi ECA presa in precedenza per ottenere il pagamento, finché non venga presa una decisione sull'ammissibilità alla FAP.

Procedura per le domande completate:

Una volta che una domanda completata viene ricevuta, JFK:

- Sospenderà qualsiasi ECA contro l'individuo (eventuali terzi che agiscano per conto di JFK sarà sospenderanno anch'essi le ECA);
- Produrrà e registrerà una decisione sull'ammissibilità alla FAP in modo tempestivo; e ne
- Informerà la parte o l'individuo responsabile per iscritto della decisione e dei motivi della decisione.

L'individuo ritenuto ammissibile al contributo finanziario sarà notificato per iscritto di una decisione favorevole. In conformità con IRC §501 (r), inoltre, JFK:

- Fornirà un estratto conto che indicherà l'ammontare che l'individuo ammesso alla FAP deve, come tale importo sia stato determinato e come le informazioni relative agli AGB possono essere ottenute, se del caso;
- Rimborserà eventuali pagamenti in eccesso effettuati dagli individui; e
- Collaborerà con i terzi che agiscono per conto di JFK per prendere tutte le misure ragionevoli e disponibili per invertire eventuali ECA in precedenza adottate nei confronti del paziente per recuperare il debito.

VII. Base per il calcolo degli importi addebitati

Il presente documento delinea la base per il calcolo dell'importo addebitato a individui ammissibili alla FAP per l'assistenza finanziaria totale o parziale, ai sensi di questa politica.

Il Charity Care

Se un paziente è ammissibile per il Charity Care, le spese vive del paziente saranno determinate mediante l'uso del Tariffario del Dipartimento di Salute del New Jersey (illustrato di seguito).

Reddito in percentuale delle linee guida del HHS sul reddito di povertà	Percentuale delle tariffe da pagare da parte del paziente
Inferiore o uguale al 200%	0%
Maggiore del 200%, ma inferiore o uguale al 225%	20%
Superiore al 225%, ma inferiore o uguale al 250%	40%
Superiore al 250%, ma inferiore o uguale al 275%	60%
Maggiore del 275% ma inferiore o uguale al 300%	80%
Superiore al 300%	Tariffa scontata per non assicurati disponibile

Se i pazienti sulla scala di pagamento indicizzato da 20% al 80% sono responsabili per le rimanenti spese mediche qualificate pagate in eccesso del 30% del loro reddito annuo lordo (vale a dire le fatture non pagate da altre parti), allora la quantità superiore al 30% è considerata come assistenza al pagamento di cure ospedaliere.

Sconto non assicurati/Programma Compassionate Care

Ai sensi del PL 89-97 (42.USCs1395 e seguenti) agli individui ammissibili verrà addebitato un importo che rappresenta meno del 115% del tasso di pagamento applicabile nell'ambito dei programmi Medicare federali o AGB (come indicati di seguito) per i servizi sanitari prestati al paziente.

Programma Compassionate Care

JFK Medical Center – Programma Compassionate Care

I pazienti del JFK Medical Center ammissibili allo sconto Compassionate Care JFK pagheranno di tasca propria i loro saldi in misura ridotta a meno del 115% del tasso di rimborso del Medicare sulla base del DRG per i servizi ospedalieri e del APC/CLFS/Tariffario Parte A/MPFS per i servizi ambulatoriali o AGB (come illustrato di seguito).

Johnson Rehabilitation Institute – Programma Compassionate Care

I pazienti del Johnson Rehabilitation Institute ammissibili allo sconto Compassionate Care JFK pagheranno di tasca propria i loro saldi in misura ridotta a meno del 115% del tasso di rimborso del Medicare sulla base del CMG per i servizi ospedalieri e i tariffari di APC o terapia per i servizi ambulatoriali fatturati da JFK o AGB (come illustrato di seguito).

AGB



In conformità con l'IRC §501(r)(5) JFK utilizza il metodo cronologico per calcolare l'AGB. La percentuale AGB viene calcolata annualmente e si basa su tutte le richieste ammesse dalla tassa per i servizi di Medicare + tutte le assicurazioni sanitarie private nel corso di un periodo di 12 mesi, diviso per i costi lordi associati a tali richieste. La percentuale AGB viene applicata agli oneri lordi per determinare l'AGB. Le percentuali AGB per il JFK Medical Center e il Johnson Rehabilitation Institute sono le seguenti:

JFK Medical Center: 25,8%

Johnson Rehabilitation Institute: 39,3%

A qualsiasi individuo designato come ammissibile al sostegno finanziario previsto dalla presente FAP non verrà addebitato più del valore dell'AGB per ogni emergenza o altri servizi sanitari medicalmente necessari. Ad ogni individuo ammissibile alla FAP sarà sempre addebitato il minore degli AGB o qualsiasi sconto disponibile nell'ambito di questa politica.

I. Ampia pubblicità

La FAP, il formulario di domanda e il PLS sono tutti disponibili on-line al seguente indirizzo: <https://www.jfkmc.org/>

Copie cartacee della FAP, del formulario di domanda e del PLS sono disponibili su richiesta senza alcun costo per posta e sono disponibili all'interno di diverse aree in tutte le strutture di JFK. Queste includono, tra l'altro, le sale di pronto soccorso, le aree di accettazione del paziente e l'ufficio commerciale.

A tutti i pazienti di JFK sarà offerta una copia del PLS, come parte del processo di presa in carico. In caso di emergenza, al paziente sarà consegnato il PLS durante il processo di accettazione, dopo che il paziente abbia ricevuto le cure mediche necessarie.

Segni o display che informano il paziente circa la disponibilità di aiuti finanziari saranno pubblicati vistosamente in luoghi pubblici tra cui le strutture di pronto soccorso, la registrazione dei pazienti aree check-in, ammettendo e l'ufficio commerciale.

JFK adopera sforzi ragionevoli per informare i membri della cittadinanza circa la disponibilità di assistenza finanziaria, parlando ai membri della cittadinanza circa la disponibilità degli aiuti finanziari a JFK durante gli eventi della cittadinanza durante tutto l'anno (ad esempio fiere sanitarie, proiezioni, sessioni di formazione, ecc.)

La FAP, il formulario di domanda e il PLS di JFK sono disponibili in inglese e nella lingua principale delle popolazioni con competenza limitata in inglese ("LEP") che costituiscono meno di 1.000 individui o del 5% della cittadinanza servita all'interno dell'area di servizi primaria di JFK.

Il JFK Medical Center fornisce servizi gratuiti di interpretariato, traduzione e lingua dei segni per gli individui LEP e i pazienti sordi.

Incoraggiamo i pazienti ad utilizzare i servizi di interpretariato disponibili per importanti discussioni mediche. Il trattamento di cura del paziente comporta una terminologia medica che può essere complicata in qualsiasi lingua. I servizi di interpretariato disponibili attraverso il JFK Medical Center includono l'interpretazione telefonica nella maggior parte delle lingue. È inoltre disponibile la traduzione di documenti critici e di materiale di educazione del paziente per le più comuni condizioni dei pazienti.

Se si ha bisogno di un interprete, di un interprete di lingua dei segni o di un traduttore, si prega di contattare l'ufficio di assistenza ai pazienti all'interno (732) 321-7566 o chiedere assistenza al funzionario dell'accettazione o all'infermiere.

In caso di emergenza, l'ASL Referral Service (800) 275-7551 è in grado di fornire un interprete di lingua dei segni entro tre ore - 24 ore al giorno, sette giorni a settimana. I servizi utilizzati attraverso ASL sono forniti senza alcun costo per il paziente. Tuttavia, chiediamo di avvertire l'ufficio di assistenza ai pazienti per quanto riguarda il nome del paziente e l'interprete in modo che il JFK Medical Center possa predisporre le modalità di pagamento necessarie per i servizi prestati.

Politica di fatturazione/recupero crediti

I. Finalità

Assicurare che tutte le pratiche di fatturazione, di credito e di riscossione rispettino tutte le leggi federali e statali, le linee guida e le politiche dei regolamenti.

II. Politica

È prassi di JFK di essere conforme e accurata nelle attività di fatturazione e riscossione. L'obiettivo di soddisfare tutti i criteri di questa politica può essere realizzato seguendo le modalità previste nel presente documento. La completa collaborazione e lavoro di gruppo dell'ufficio commerciale, finanziario, dei sistemi Informativi e della gestione dei fornitori sono indispensabili per il nostro obiettivo.

III. Procedure

Una volta che la richiesta di un paziente viene elaborata dalla loro assicurazione, JFK invierà al paziente una fattura con l'indicazione della responsabilità del paziente. Inoltre, se un paziente non ha una copertura di terzi, riceverà una fattura che indicherà la propria responsabilità. Questo sarà il primo estratto conto post-dimissione del paziente. La data di questo estratto inizierà i periodi di domanda e di notifica (definiti sopra).

Dopo che il paziente ha ricevuto il suo primo estratto conto post-dimissione, JFK invierà 3 estratti aggiuntivi (4 estratti in totale, a intervalli di 28 giorni) e 2 lettere.

Se il pagamento non è stato ricevuto dopo 4 estratti conto, JFK invierà una lettera per informare il paziente per iscritto che il conto verrà inviato al recupero crediti se il pagamento non viene ricevuto entro 30 giorni. Inoltre, la lettera includerà le ECA (definite sopra), che possono aver luogo dopo che il conto del paziente è stato inviato al recupero crediti. La comunicazione scritta comprenderà anche una copia del PLS.

Quando le fatture vengono restituite affermando che non è stato possibile recapitarle al paziente e nessun altro indirizzo è stato trovato, i crediti vanno in uno stato di pre-riscossione per monitoraggio e controllo.

Recupero crediti

All'interno del ciclo di fatturazione JFK può inviare i conti ad uno stato di pre-riscossione. Durante questo periodo di tempo, i terzi che agiscono per conto di JFK possono contattare i

pazienti tramite telefono per riscuotere il pagamento. Nessuna ECA sarà adottata nei confronti del paziente, mentre il conto è nel ciclo di pre-riscossione.

Dopo la scadenza del periodo di notifica, JFK invierà il conto del paziente al recupero crediti. Le tecniche dell'agenzia di recupero crediti per riscuotere i pagamenti includeranno telefonate, lettere e alcune ECA. Tutte le loro attività saranno completamente documentate all'interno del sistema di fatturazione e seguiranno tutte le linee guida sulle norme statali in materia di agenzie di recupero crediti.

Se le agenzie di recupero crediti non avranno successo (per un periodo non superiore a 180 giorni) il conto del paziente sarà restituito al JFK. Al momento della restituzione del conto, l'agenzia di recupero crediti includerà una documentazione completa delle proprie attività e dei risultati quando ne è stata fatta comunicazione al paziente, nonché la data in cui il conto è stato restituito di nuovo a JFK.

IV. Conformità con l'IRC §501(r)(6)

Conformemente all'IRC §501(r)(6), JFK non svolge alcuna ECA prima della scadenza del periodo di notifica.

A seguito del periodo di notifica di JFK, o di terzi che agiscono per suo conto, può avviare le seguenti ECA contro un paziente per un saldo non pagato, se non è stata adottata una decisione sull'ammissibilità alla FAP o se un individuo non possiede i requisiti per l'assistenza finanziaria.

- Segnalazione delle informazioni negative circa l'individuo ad agenzie di segnalazione di credito al consumo o uffici di credito;
- Esecuzione di un'ipoteca su una proprietà di un individuo;
- Pignoramento di beni immobili di un individuo;
- Pignorare o sequestrare il conto bancario o altri beni personali di un individuo;
- Iniziare un'azione civile nei confronti di un individuo; e
- Pignorare lo stipendio di un individuo.

JFK può autorizzare terze parti ad avviare ECA sui conti arretrati del paziente dopo il periodo di preavviso. Esse garantiranno che siano stati intrapresi ragionevoli sforzi per determinare se un individuo è ammissibile all'assistenza finanziaria ai sensi della presente FAP e adotteranno le seguenti azioni per almeno 30 giorni prima di iniziare qualsiasi ECA:

1. Al paziente verrà consegnato un preavviso scritto, che:
 - (a) indica che è disponibile l'assistenza finanziaria per i pazienti ammissibili;
 - (b) identifica l'ECA che JFK intende avviare per ottenere il pagamento per le cure; e
 - (c) stabilisce un termine dopo il quale saranno avviate tali ECA.
2. Il paziente ha ricevuto una copia del PLS con questa notifica scritta; e
3. Sono stati intrapresi ragionevoli sforzi per comunicare oralmente all'individuo circa la FAP e su come l'individuo possa ottenere assistenza nella procedura di domanda di assistenza finanziaria.



JFK, e i centri medici di terze parti che agiscono per suo conto, potranno accettare ed elaborare tutte le domande di assistenza finanziaria disponibili nell'ambito di questa politica presentate durante il periodo di domanda.

**Appendice A:
Elenco dei centri medici JFK Medical Center & Johnson Rehabilitation Institute**

La politica di assistenza finanziaria JFK si applica al JFK Medical Center e Johnson Rehabilitation Institute. Alcuni medici e altri operatori sanitari che forniscono servizi all'interno di una struttura ospedaliera del JFK Medical Center o del Johnson Rehabilitation Institute non sono obbligati a seguire questa politica di assistenza finanziaria.

Di seguito la lista dei centri medici, per linea di servizio, che forniscono servizi di pronto soccorso o altri servizi sanitari medicalmente necessari all'interno delle strutture ospedaliere.

Elenco dei centri medici che sono coperti dalla presente politica di assistenza finanziaria:

- Da fornirsi.

Elenco dei centri medici che non sono coperti da questa politica di assistenza finanziaria:

- Da fornirsi.