
Numero di polizza **FIN 004**

Original Date: 01/01/07

Revised: 08/31/07, 06/30/09, 07/14/15, 12/21/15,
01/19/16, 01/22/19, 06/01/20

Reviewed:

Oggetto / titolo: politica di assistenza finanziaria

Politica: la politica di Oneida Health è conforme alla legge sugli aiuti finanziari dell'ospedale.

Scopo: OH offre assistenza finanziaria a pazienti non assicurati e non assicurati a una tariffa ridotta o gratuitamente ai residenti nello Stato di New York che hanno un reddito individuale o familiare, che non supera il 300% del livello di povertà HHS.

Servizi coperti da questa politica:

1. Pazienti ricoverati ammessi
2. Servizi di emergenza, compresi i trasferimenti di emergenza ai sensi della legge sull'emergenza in medicina e lavoro (EMTALA)
3. Pazienti in chirurgia ambulatoriale
4. Pazienti ambulatoriali segnalati
5. Pazienti di osservazione

Nota: la chirurgia estetica e / o elettiva considerata non necessaria dal punto di vista medico non è ammissibile all'assistenza finanziaria.

Ambito: questa politica si applica a tutti i membri del consiglio di amministrazione, funzionari, dirigenti e altri membri della forza lavoro, inclusi dipendenti, tirocinanti, volontari, fornitori, consulenti, appaltatori indipendenti, studenti e lavoratori temporanei ("Persone interessate") e in tutta Oneida Health (OH) , incluso l'ospedale e tutti i suoi reparti e centri sanitari e le pratiche mediche affiliate di OH (Oneida Medical Services, PLLC, Oneida Medical Practice, PC and Genesee Physician Practice, PLLC) e qualsiasi altro dipartimento o entità facente parte di OH.

Procedura:

Tutti i pazienti vengono informati della nostra Politica di assistenza finanziaria (FAP) al momento della registrazione tramite segnali postali in tutta l'area di registrazione, con la politica, un riepilogo e un'applicazione disponibili al momento della registrazione e con la notifica inviata con tutte le dichiarazioni di fatturazione. Su richiesta, la politica, una sintesi del nostro programma di assistenza finanziaria e una domanda sono fornite al paziente.

Al ricevimento di una domanda completata, il reclamo viene posto in una dichiarazione; il pagamento non è previsto mentre l'applicazione è in fase di revisione.

La documentazione richiesta con la domanda, per ciascun membro della famiglia, inclusi i familiari a carico, è:

- Ultime otto (8) settimane consecutive di paystub (quattro (4) se pagate ogni due settimane)
- Conferma di disoccupazione, sicurezza sociale, pensione, indennità dei lavoratori, invalidità, ecc.
- Per i lavoratori autonomi, un registro contabile (3) mesi o un attestato personale per (una dichiarazione dei redditi è facoltativa)
- Stato di idoneità di Medicaid (se disponibile dopo aver recentemente applicato).
- Laddove non sia disponibile alcun tipo di documentazione relativa al reddito, è possibile utilizzare il modulo di autocertificazione.
- Alimenti o reddito di sostegno del bambino
- Tutte le altre fonti di reddito

1. L'approvazione dell'assistenza finanziaria si baserà caso per caso. La determinazione verrà effettuata in relazione alle dimensioni della famiglia e al livello di reddito.
2. Sulla base delle informazioni fornite sulla domanda, OH esaminerà i criteri per identificare se il paziente può essere idoneo alla copertura Medicaid del NYS. Se le informazioni fornite sembrano soddisfare le linee guida di idoneità, al paziente verrà consigliato di richiedere il NYS Medicaid per ottenere l'approvazione o il rifiuto del NYS Medicaid.
3. Se OH non è in grado di prendere una decisione sulla base delle informazioni fornite, verrà inviata una lettera al paziente in cui si informa che la domanda è in sospeso fino alla ricezione di informazioni / documentazione complete. Questo deve essere restituito in modo tempestivo e come specificato da OH, al fine di prendere una rapida decisione.
4. Nel caso in cui sia necessario che un paziente richieda il rifiuto di Medicaid e Medicaid a causa della mancata compilazione di una domanda o del rifiuto di conformarsi a qualsiasi condizione di ammissibilità, ciò comporterà il rifiuto della domanda di assistenza finanziaria. Potrebbe essere richiesto di richiedere qualsiasi altra assicurazione o programma prima di ricevere assistenza finanziaria
5. I saldi dei conti a seguito di spese vive, prestazioni esaurite e negato pagamento dell'assicurazione sono ammissibili all'assistenza finanziaria per i servizi ospedalieri. (Ciò non si applica alle cliniche ambulatoriali del medico).
6. La domanda di assistenza finanziaria deve essere presentata entro 120 giorni (periodo di notifica) dalla prima dichiarazione di fatturazione del paziente dopo la dimissione. Successivamente, tutta la documentazione giustificativa e aggiuntiva richiesta su notifica tempestiva, deve essere ricevuta dalla struttura entro i termini richiesti dalla struttura per non superare altri 120 giorni (periodo di applicazione).
7. L'approvazione dell'assistenza finanziaria sarà valida solo per quei conti elencati nella domanda. L'approvazione dell'assistenza finanziaria sarà onorata per un periodo di 6 mesi; pertanto, riducendo la necessità di "ri-applicazione". Tuttavia, se lo stato finanziario di un paziente / garante è cambiato; Oneida Health chiederà al paziente / garante di applicare nuovamente.
8. la determinazione del premio di assistenza finanziaria verrà effettuata dal personale dell'ufficio commerciale. La domanda verrà quindi consegnata al direttore dei conti dei pazienti, al supervisore dell'ufficio commerciale (ospedale) o al responsabile dell'ufficio centrale di fatturazione (lato clinica) per l'approvazione finale. Nei casi in cui il saldo del conto sia superiore a \$ 15.000,00, sarà richiesta l'approvazione del Chief Financial Officer.
9. I pazienti che hanno presentato domanda di assistenza finanziaria riceveranno una decisione scritta dall'Ufficio Affari entro 30 giorni lavorativi dalla determinazione.
10. I pazienti che non concordano con la determinazione dell'ammissibilità all'assistenza finanziaria possono chiamare la hotline per i reclami del Dipartimento della salute dello Stato di New York al numero 1 800 804 5447.
11. Le richieste di assistenza finanziaria non saranno onorate fino a quando non sarà determinata la responsabilità finale del paziente dopo che tutte le assicurazioni avranno pagato la parte contrattata. Eventuali controversie assicurative devono essere risolte prima che venga considerato il saldo del conto.
12. Una volta presa una decisione favorevole, al paziente / garante verrà fornita una notifica insieme a una spiegazione dei tempi previsti per rimettere i saldi dovuti. Al paziente / garante verrà richiesto di firmare un accordo e di restituirlo a OH entro 14 giorni.
13. Quando un fideiussore / famiglia è stato approvato per l'assistenza finanziaria, il fideiussore può pagare integralmente il / i saldo / i del conto / i corretti o, se necessario, può stabilire modalità di pagamento. I parametri del piano di pagamento sono elencati di seguito.
 - Saldo del conto inferiore a \$ 100,00 6 mesi - massimo 9 mesi
 - \$ 100,00 - \$ 500,00 9 mesi - massimo 12 mesi
 - \$ 501,00 - \$ 1000,00 massimo 12 mesi
 - \$ 1001,00 - \$ 3000,00 massimo 18 mesi
 - \$ 3001,00 - \$ 5000,00 massimo 24 mesi

Oltre \$ 5000,00 Contattare l'ufficio commerciale per le modalità di pagamento

I pagamenti mensili non supereranno il 10% del reddito lordo del garante / famiglia.

14. L'importo del supplemento dello Stato di New York, se applicabile, sarà un costo aggiuntivo per il saldo finale scontato del conto.
15. Sarà mantenuta una contabilità mensile di assistenza finanziaria che indica il nome del paziente, il numero di conto, la data del servizio, il tipo di servizio, la data della domanda, la data di approvazione / rifiuto, le spese totali, il saldo totale dovuto dal paziente, l'importo della rettifica, il codice postale e aggiustato equilibrio del paziente.
16. Copie della domanda, approvazione / rifiuto, fattura sommaria e qualsiasi corrispondenza relativa alla domanda di assistenza finanziaria saranno conservate in archivio per un periodo di 10 anni.
17. Manteniamo politiche di fatturazione e riscossione separate. Le copie sono disponibili su richiesta.
18. L'elenco dei fornitori non coperti dalla nostra politica di assistenza finanziaria (FAP) è disponibile al seguente link: <https://www.oneidahealth.org>

Oneida Health							
2021 Federal Poverty Levels							
Household Size	100%	133%	150%	200%	250%	300%	400%
1	\$ 12,880	\$ 17,130	\$ 19,320	\$ 25,760	\$ 32,200	\$ 38,640	\$ 51,520
2	\$ 17,420	\$ 23,169	\$ 26,130	\$ 34,840	\$ 43,550	\$ 52,260	\$ 69,680
3	\$ 21,960	\$ 29,207	\$ 32,940	\$ 43,920	\$ 54,900	\$ 65,880	\$ 87,840
4	\$ 26,500	\$ 35,245	\$ 39,750	\$ 53,000	\$ 66,250	\$ 79,500	\$ 106,000
5	\$ 31,040	\$ 41,283	\$ 46,560	\$ 62,080	\$ 77,600	\$ 93,120	\$ 124,160
6	\$ 35,580	\$ 47,321	\$ 53,370	\$ 71,160	\$ 88,950	\$ 106,740	\$ 142,320
7	\$ 40,120	\$ 53,360	\$ 60,180	\$ 80,240	\$ 100,300	\$ 120,360	\$ 160,480
8	\$ 44,660	\$ 59,398	\$ 66,990	\$ 89,320	\$ 111,650	\$ 133,980	\$ 178,640
Sliding Scale	100%	89%	79%	69%	59%	49%	0%

Altre politiche / procedure correlate:

N. politica precedente:

Riferimenti: Sezione 501 (r) del codice IRS, in vigore dal 2016 standard:

Moduli: Financial Assist Plain Language Summary (01242)

Domanda di assistenza finanziaria (01913)

Paying for Care - Servizi a contratto (01519)

Approvato da: V. Cole, J. Sweet 06/2020