
Policy Number: **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, 06/01/2, 02/21, 02/22, 04/23, 02/24, 10/24, 3/25, 7/25

Reviewed:

Oggetto/Titolo: Politica di assistenza finanziaria

Politica: la politica di Oneida Health è quella di fornire servizi scontati, in base alle necessità finanziarie, come beneficio per la comunità dei residenti di New York che non sono assicurati, sottoassicurati, non idonei a programmi governativi o altre coperture di terze parti, o altrimenti impossibilitati a pagare le cure mediche necessarie in conformità con la legge sugli aiuti finanziari ospedalieri e la sezione 501(r) dell'IRC. OH vieta il rifiuto di ammissione o il rifiuto di trattamento per servizi che si prevede ragionevolmente siano necessari dal punto di vista medico a causa di fatture mediche non pagate da parte del paziente.

Scopo: OH offre assistenza finanziaria a pazienti non assicurati o sottoassicurati a una tariffa ridotta o gratuitamente ai pazienti che hanno un reddito individuale o familiare che non supera il 400% del livello di povertà dell'HHS, indipendentemente dallo stato di immigrazione del paziente.

La presente Politica è intesa a conformarsi ai requisiti della Politica di Assistenza Finanziaria previsti dalla Sezione 501(r) dell'Internal Revenue Code e dalla Sezione 2807-k(9-a) della Legge sulla Salute Pubblica dello Stato di New York. La presente Politica entrerà in vigore immediatamente alla data successiva tra (a) il 20 ottobre 2024 e (b) la data di entrata in vigore del Capitolo 57, Parte Y, Sottoparte C, Sezione 1 delle Leggi dello Stato di New York del 2023.

Servizi coperti da questa polizza: tutti i servizi medici necessari, inclusi, a titolo esemplificativo ma non esaustivo:

1. Pazienti ricoverati in terapia intensiva
2. Servizi di emergenza, inclusi i trasferimenti di emergenza ai sensi dell'Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA)
3. Pazienti sottoposti a chirurgia ambulatoriale
4. Pazienti ambulatoriali inviati
5. Pazienti in osservazione

Nota bene: i servizi ritenuti non necessari dal punto di vista medico non danno diritto all'assistenza finanziaria.

L'assistenza finanziaria non deve essere considerata sostitutiva della responsabilità finanziaria personale. L'assistenza finanziaria è disponibile solo per le persone che soddisfano i criteri di ammissibilità descritti nella presente Politica. I pazienti sono tenuti a rispettare le procedure di OH per ottenere l'assistenza finanziaria o altre forme di pagamento e a contribuire al costo delle proprie cure in base alla propria capacità contributiva individuale. Le persone con la capacità finanziaria di acquistare un'assicurazione sanitaria saranno incoraggiate a farlo come mezzo per garantire l'accesso ai servizi sanitari per la loro salute personale complessiva.

Attraverso la presente Politica, OH non assiste alcun paziente nel pagamento di servizi forniti da un fornitore o professionista non dipendente di OH, anche se tali servizi vengono forniti presso strutture ospedaliere di OH. Un elenco di fornitori o professionisti indipendenti che possono erogare servizi medicamente necessari, i cui servizi non sono coperti dalla presente politica, è disponibile al seguente indirizzo:
<https://www.oneidahealth.org/billing-insurance-information/>

Ambito di applicazione: la presente politica si applica a tutti i membri del Consiglio di amministrazione, dirigenti, dirigenti e altri membri della forza lavoro, inclusi dipendenti, tirocinanti, volontari, fornitori, consulenti, appaltatori indipendenti, studenti e lavoratori temporanei ("Persone interessate") di Oneida Health (OH), tra cui l'ospedale e tutti i suoi reparti e centri sanitari, la struttura di assistenza estesa, gli studi medici affiliati di OH (Oneida Medical Services, PLLC, Oneida Medical Practice, PC e Genesee Physician Practice, PLLC) e qualsiasi altro reparto o entità che faccia parte di OH, se del caso.

Procedura:

Al fine di gestire le risorse in modo responsabile e consentire a OH di fornire il livello appropriato di Assistenza Finanziaria alle persone bisognose, vengono stabilite le seguenti procedure e linee guida per l'erogazione dell'Assistenza Finanziaria. Di conseguenza, la Politica include le seguenti informazioni relative all'Assistenza Finanziaria.

- A. Idoneità all'assistenza finanziaria
- B. Linee guida per l'assistenza finanziaria al paziente
- C. Servizi medici applicabili ai sensi della presente Politica
- D. Metodi per richiedere l'assistenza finanziaria e relative determinazioni
- E. Documentazione per l'assistenza finanziaria
- F. Presunta idoneità all'assistenza finanziaria
- G. Comunicazione della presente Politica ai pazienti e al pubblico
- H. Politiche di fatturazione e riscossione
- I. Requisiti normativi
- J. Informazioni di contatto per contattare gli uffici di consulenza finanziaria di Oneida Health

A. Idoneità all'assistenza finanziaria

I residenti dello Stato di New York hanno diritto all'Assistenza Finanziaria se: (a) ricevono Assistenza Medica di Emergenza o altri Servizi Medicamente Necessari presso qualsiasi struttura sanitaria; e (b) non sono assicurati, sottoassicurati, non idonei a programmi governativi o altre coperture di terze parti, o altrimenti impossibilitati a pagare l'Assistenza Medica di Emergenza o altri Servizi Medicamente Necessari; e (c) soddisfano le linee guida per l'assistenza finanziaria ai pazienti indicate nella presente politica. L'idoneità all'Assistenza Finanziaria per i non residenti dello Stato di New York per l'Assistenza Medica di Emergenza o altri Servizi Medicamente Necessari sarà determinata caso per caso e richiederà l'approvazione dei dirigenti. La concessione dell'Assistenza Finanziaria si baserà su una determinazione personalizzata del bisogno finanziario in conformità con la presente Politica e non terrà conto di età, sesso, razza, colore, origine nazionale, religione, stato sociale o di immigrazione, orientamento sessuale, identità di genere, affiliazione coniugale, disabilità fisica o mentale..

La concessione dell'assistenza finanziaria (a) può essere subordinata alla volontà del paziente di presentare domanda per Medicaid o altri programmi di assicurazione pubblica per i quali il paziente potrebbe essere idoneo in base alla valutazione di Oneida Health e (b) richiede al paziente di collaborare pienamente con i requisiti di domanda di OH, inclusa la divulgazione di informazioni personali, finanziarie o di altro tipo necessarie per la determinazione del bisogno finanziario.

Nell'esaminare le domande, OH si riserva il diritto di:

1. Valutare l'idoneità all'Assistenza Finanziaria in qualsiasi momento prima o dopo l'erogazione dei servizi e/o in qualsiasi momento durante il ciclo di fatturazione e riscossione;
2. Richiedere domande di Assistenza Finanziaria o la conferma delle informazioni precedentemente fornite a ogni visita medica o ricovero presso una struttura ospedaliera OH;
3. Apportare modifiche a qualsiasi aspetto della Polizza in base alle difficoltà, caso per caso; e
4. Utilizzare informazioni provenienti da risorse esterne disponibili per verificare le dimensioni della famiglia e/o il reddito familiare.

B. Linee guida per l'assistenza finanziaria ai pazienti

L'idoneità all'assistenza finanziaria si basa sul reddito familiare attuale ed è disponibile per le persone con redditi familiari non superiori al 400% delle attuali Linee guida federali sulla povertà ("FPG"). L'attuale reddito familiare massimo per l'assistenza finanziaria è indicato nella tabella seguente a scopo illustrativo.

Dimensione della famiglia/del nucleo familiare	Reddito familiare massimo (400% delle linee guida federali sulla povertà del 2025) *
1	\$62,600
2	\$84,600
3	\$106,600
4	\$128,600
5	\$150,600
6	\$172,600
7	\$194,600

* Il 2025 è mostrato a scopo illustrativo. Importi aggiornati annualmente, se necessario..

I pazienti il cui reddito familiare è pari o inferiore al 200% del FPG hanno diritto a ricevere cure mediche di emergenza o servizi medicamente necessari senza alcun costo; e

Oneida Health utilizza l'FPG in vigore al momento della revisione della domanda per determinare l'idoneità all'Assistenza Finanziaria (vedere la tabella sopra). Oneida Health aggiornerà le linee guida sul reddito dell'FPG in base all'FPG pubblicato annualmente dal Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti, con decorrenza annuale dal 1° marzo o trenta (30) giorni dalla data di pubblicazione, a seconda di quale data sia successiva..

In base alla disponibilità di altre risorse come descritto nella presente Politica o consentito dalla legge statale, i pazienti con un reddito familiare pari o inferiore al 400% del FPG possono avere diritto all'assistenza finanziaria:

1. I pazienti il cui reddito familiare è pari o inferiore al 200% del reddito familiare di riferimento hanno diritto a ricevere gratuitamente assistenza medica di emergenza o servizi medicamente necessari; e
2. I pazienti il cui reddito familiare è superiore al 200% ma non superiore al 400% del reddito familiare di riferimento hanno diritto a uno sconto per l'assistenza medica di emergenza o servizi medicamente necessari, come indicato nella tabella seguente. Ai pazienti idonei all'assistenza finanziaria non verrà addebitato un importo superiore all'AGB:

Reddito familiare in % del reddito familiare lordo (FPG)	Responsabilità del paziente non assicurato (% di AGB)	Responsabilità del paziente sottoassicurato (% della condivisione dei costi del paziente)
200% or less	\$0	\$0
201% to 250%	5%	5%
251% to 300%	10%	10%
301% to 350%	15%	15%
351% to 400%	20%	20%
401% to 500%	100%	100%

L'AGB viene calcolato da Oneida Health utilizzando le tariffe Medicaid su base "Look-Back", come definito dalla Sezione 1.501(r)-5 dei regolamenti del Dipartimento del Tesoro, per tutte le sue strutture ospedaliere esenti da imposte. L'AGB per i servizi forniti dai medici impiegati da Oneida Health presso le strutture ospedaliere di Oneida Health viene calcolato su base "Look-Back" utilizzando le tariffe Medicare.

Ulteriori informazioni relative alle attuali percentuali AGB utilizzate da Oneida Health, nonché informazioni sulle modalità di calcolo di tali percentuali da parte di Oneida Health, sono disponibili su richiesta, gratuitamente, contattando un rappresentante del servizio clienti ai numeri di telefono e agli indirizzi elencati di seguito nella Sezione J della presente Informativa.

Percentuale di reddito al livello di povertà 2025							
Dimensione della famiglia	100%	133%	150%	200%	250%	300%	400%
1	\$15,650	\$20,815	\$23,475	\$31,300	\$39,125	\$46,950	\$62,600
2	\$21,150	\$28,130	\$31,725	\$42,300	\$52,875	\$63,450	\$84,600
3	\$26,560	\$35,445	\$39,975	\$53,300	\$66,625	\$79,950	\$106,600
4	\$32,150	\$42,760	\$48,225	\$64,300	\$80,375	\$96,450	\$128,600
5	\$37,650	\$50,075	\$56,475	\$75,300	\$94,125	\$112,950	\$150,600
6	\$43,150	\$57,390	\$64,725	\$86,300	\$107,875	\$129,450	\$172,600
7	\$48,650	\$64,705	\$72,975	\$97,300	\$121,625	\$145,950	\$194,600

C. Servizi medici applicabili ai sensi della politica di assistenza finanziaria dell'OH

1. Assistenza medica di emergenza, compresi i pazienti che si presentano in qualsiasi sede di OH (inclusi i trasferimenti nell'ambito di EMTALA), forniti in un pronto soccorso; e
2. Servizi medicalmente necessari.

Le decisioni in merito alla necessità medica sono di responsabilità del professionista sanitario che fornisce l'assistenza, indipendentemente dalla capacità di pagamento del paziente. OH non intraprenderà alcuna azione che scoraggi i singoli individui dal richiedere Assistenza Medica di Emergenza.

OH fornisce Assistenza Medica di Emergenza indipendentemente dall'idoneità del paziente ai sensi della presente Politica. OH non richiede ai pazienti del pronto soccorso di pagare prima di ricevere cure per Condizioni Mediche di Emergenza, né consente attività di recupero crediti presso il pronto soccorso o in altre aree quando tali attività potrebbero interferire con l'erogazione dell'Assistenza Medica di Emergenza su base non discriminatoria.

D. Metodi per richiedere assistenza finanziaria e determinazioni

1. I pazienti sono incoraggiati a richiedere l'Assistenza Finanziaria entro novanta (90) giorni dalla data indicata sulla prima fattura post-dimissione; tuttavia, OH accetterà le Richieste di Assistenza Finanziaria in qualsiasi momento un paziente abbia un saldo in sospeso per Cure Mediche d'Emergenza o altri Servizi Medicamente Necessari ricevuti presso una struttura ospedaliera OH. Una fattura è considerata "post-dimissione" se viene fornita dopo che il paziente ha ricevuto cure, sia in regime di ricovero che ambulatoriale, e il paziente ha lasciato la struttura ospedaliera.

2. I pazienti possono richiedere l'Assistenza Finanziaria presentando una domanda o tramite una procedura interattiva con un consulente finanziario. I pazienti devono compilare la Domanda e fornire tutta la documentazione richiesta. Le domande possono essere ottenute:

- a. Online all'indirizzo web di OH: <https://www.oneidahealth.org/financial-assistance/>
- b. Presso ogni sportello di accettazione principale o di Pronto Soccorso di OH; oppure
- c. Contattando OH, Assistenza Finanziaria al numero (315) 361-2230 e chiedendo di parlare con un consulente finanziario.

3. I pazienti sono pregati di presentare la domanda per posta o di persona presso uno qualsiasi dei nostri sportelli di accettazione principali. In alternativa, è possibile chiamare il nostro ufficio Assistenza Finanziaria per prendere accordi al numero (315) 361-2230.

Una volta presentata la domanda, il paziente può ignorare eventuali fatture/estratti conto fino a quando non riceverà una notifica scritta relativa allo stato della domanda. I pazienti riceveranno una notifica scritta di idoneità all'Assistenza Finanziaria entro trenta (30) giorni dalla presentazione della domanda. Al ricevimento di una domanda di Assistenza Finanziaria, tutte le ECA applicabili saranno sospese.

Se un paziente è ritenuto idoneo all'Assistenza Finanziaria, verrà fornito un estratto conto aggiornato che indicherà l'importo dovuto, le modalità di determinazione dell'importo e la percentuale applicabile. Qualsiasi importo pagato in eccesso rispetto all'importo ritenuto dovuto dal paziente verrà rimborsato di conseguenza. Tutte le decisioni sull'idoneità all'Assistenza Finanziaria saranno comunicate per iscritto. La notifica di diniego dell'Assistenza Finanziaria spiegherà il motivo del diniego e le modalità di ricorso.

4. Se viene ricevuta una domanda incompleta, l'OH invierà una comunicazione scritta che descrive le informazioni o la documentazione aggiuntiva necessarie per determinare l'idoneità all'Assistenza Finanziaria. I pazienti devono presentare le informazioni o la documentazione aggiuntiva entro trenta (30) giorni dalla notifica. Il paziente riceverà notifiche di follow-up di routine per eventuali fatture non pagate.

5. I ricorsi possono essere presentati entro trenta (30) giorni dalla notifica di determinazione. La decisione in merito al ricorso sarà presa entro trenta (30) giorni dalla ricezione del ricorso. I pazienti saranno informati per iscritto dell'esito del loro ricorso.

E Documentazione per l'assistenza finanziaria

Per aiutare il paziente a qualificarsi per l'assistenza finanziaria, al paziente o al garante del paziente potrebbe essere chiesto di fornire parte o tutta la seguente documentazione:

1. Una domanda;
2. Prova di residenza;
3. Dichiarazione dei redditi dell'anno precedente;
4. Almeno due buste paga più recenti;
5. Almeno tre estratti conto bancari più recenti per conti di risparmio e conti correnti; e
6. Per i pazienti sottoassicurati, prova delle spese mediche pagate di tasca propria accumulate in relazione alla fornitura di cure mediche di emergenza o altri servizi medicamente necessari nei 12 mesi precedenti.
 - a. Per eventuali spese mediche sostenute dall'OH: fornire la documentazione di tali spese.
 - b. Se non è possibile fornire tale documentazione, fornire all'OH il nome della struttura in cui sono stati erogati i servizi, la data di nascita, la/le data/e approssimativa/e di tali servizi e qualsiasi altra informazione in suo possesso;
7. Other documentation of Family Income.

Se un richiedente non ha nessuno dei documenti elencati per dimostrare il reddito familiare, può chiamare l'ufficio di consulenza finanziaria della struttura ospedaliera al numero (315)361-2230 per determinare se possono essere fornite altre prove per dimostrare l'idoneità.

L'OH può anche:

1. Tenere conto di altri redditi del paziente raccolti specificamente allo scopo di pagare le fatture mediche, nella misura consentita dalle leggi federali e statali applicabili; e
2. Includere una revisione delle fatture in sospeso del paziente per servizi precedenti per garantire che tutti i saldi applicabili siano valutati per l'assistenza finanziaria.

OH non richiederà documentazione aggiuntiva rispetto a quanto indicato nella presente Politica e nella domanda. I servizi non urgenti possono essere programmati prima di presentare una richiesta di Assistenza Finanziaria; tuttavia, è generalmente richiesta una valutazione dell'idoneità all'Assistenza Finanziaria prima di ottenere i servizi.

Le domande di assistenza finanziaria approvate per i pazienti non assicurati (ad eccezione di quelli che hanno esaurito i benefici dell'assicurazione sanitaria) rimarranno valide per dodici mesi e potranno essere utilizzate per determinare l'idoneità a servizi successivi. Le decisioni relative all'assistenza finanziaria potranno essere rivalutate in qualsiasi momento qualora le informazioni rilevanti per l'idoneità del paziente all'assistenza finanziaria dovessero cambiare durante tali dodici mesi.

L'assistenza finanziaria verrà applicata ai livelli approvati a qualsiasi conto in sospeso non pagato che il paziente potrebbe avere per cure mediche di emergenza o altri servizi medicamente necessari

F. Presunta idoneità all'assistenza finanziaria

In alcuni casi, un paziente può beneficiare di sconti sull'Assistenza Finanziaria se il paziente o il suo Garante non contatta Oneida Health durante il ciclo di fatturazione e riscossione, nonostante i consueti e consueti sforzi di Oneida Health. In questi casi, Oneida Health può utilizzare indagini creditizie agevolate che non hanno alcun impatto sullo stato creditizio del paziente o sulla sua capacità di ottenere credito futuro, per determinare l'idoneità all'Assistenza Finanziaria su base presuntiva. Una volta che un paziente è stato ritenuto idoneo all'Assistenza Finanziaria presuntiva, il paziente può avere diritto a uno sconto sul saldo del conto.

Se un paziente viene ritenuto presumibilmente idoneo all'Assistenza Finanziaria, Oneida Health gli comunicherà per iscritto i motivi per cui è previsto lo sconto e le modalità di presentazione della domanda per ottenere ulteriore Assistenza Finanziaria. Al paziente verrà inoltre fornita una copia del PLS.

G. Comunicazione del Programma di Assistenza Finanziaria ai Pazienti e al Pubblico

L'OH fornisce avvisi pubblici sulla disponibilità di Assistenza Finanziaria tramite vari mezzi, tra cui, a seconda dei casi, avvisi nelle fatture dei pazienti, nei pronto soccorso, nei reparti di accettazione e registrazione, negli uffici commerciali dell'ospedale, nelle cliniche e nell'ufficio di consulenza finanziaria per i pazienti. Le informazioni sono inoltre disponibili sui siti web delle strutture ospedaliere dell'OH. Inoltre, l'OH fornisce riepiloghi del programma di Assistenza Finanziaria agli enti pubblici locali e alle organizzazioni no-profit che si occupano delle esigenze sanitarie delle popolazioni a basso reddito della comunità. L'OH informerà i pazienti per iscritto, con un linguaggio semplice e chiaro, che l'OH fornisce servizi a un costo ridotto ai pazienti che sono ritenuti idonei in base alle esigenze finanziarie, indipendentemente dal fatto che abbiano o meno un'assicurazione, e fornirà un link alla domanda, insieme a un numero verde che possono chiamare per ulteriore assistenza.

La richiesta di assistenza finanziaria può essere inoltrata da qualsiasi membro del personale sanitario o medico, inclusi medici, infermieri, consulenti finanziari, assistenti sociali, case manager, cappellani e sponsor religiosi. La richiesta di assistenza finanziaria può essere inoltrata dal paziente stesso o da un familiare, un amico intimo o un collaboratore del paziente, nel rispetto delle leggi sulla privacy applicabili. OH si impegnerà a contattare i pazienti non assicurati, durante la loro permanenza nella struttura ospedaliera, prima della dimissione, al fine di fornire consulenza finanziaria, comprese informazioni sui programmi di pagamento e sull'assistenza finanziaria.

L'Applicazione e il PLS sono disponibili in inglese e nelle lingue preferite. OH garantirà l'accuratezza di tutte le traduzioni.

L'OH fornirà inoltre servizi di interpretariato gratuiti a chiunque ne abbia bisogno, inclusi coloro che parlano lingue in cui la Domanda e il PLS non sono tradotti, che hanno difficoltà di lettura o che hanno problemi visivi e/o uditivi. L'OH garantirà che i pazienti siano informati di questo servizio ogniqualvolta un membro del personale venga a conoscenza del fatto che il paziente potrebbe trarne beneficio.

I pazienti saranno informati per iscritto in merito alla disponibilità di Assistenza Finanziaria durante la procedura di registrazione, dimissione e consulenza finanziaria nella lingua di preferenza indicata. Il PLS sarà offerto a tutti i pazienti come parte del processo di ammissione.

H. Politiche di fatturazione e riscossione

Le azioni che OH può intraprendere in caso di mancato pagamento sono descritte in una Politica di riscossione separata. Tale Politica di riscossione include anche informazioni sulle azioni, i processi e le tempistiche che OH utilizza per ottenere il pagamento, inclusi gli sforzi ragionevoli che compirà per determinare se un individuo è idoneo ai sensi della presente Politica di assistenza finanziaria prima di avviare qualsiasi ECA. La Politica di riscossione include anche informazioni sull'ufficio o sulle persone che hanno la responsabilità finale di determinare se OH ha compiuto sforzi ragionevoli per determinare se un individuo è idoneo all'assistenza finanziaria e può quindi avviare un ECA nei suoi confronti. La presente Politica di riscossione è disponibile sul sito web di OH, accessibile all'indirizzo <https://www.oneidahealth.org/patients-visitors/> o in copia cartacea su richiesta di persona o via posta contattando l'ufficio commerciale OH competente al numero (315) 361-2087.

I. Requisiti normativi

Oneida Health rispetterà tutte le leggi, le norme e i regolamenti federali, statali e locali applicabili alle attività svolte ai sensi della presente Politica.

J. Uffici di consulenza finanziaria di Oneida Health

Per ulteriori informazioni sull'assistenza finanziaria offerta da Oneida Health o per ottenere assistenza nella richiesta di assistenza finanziaria, i pazienti possono contattarci agli indirizzi o ai numeri di telefono elencati di seguito.

- Oneida Health
- Unità di assistenza finanziaria
- 315-361-2230
- 7840 Oxbow Road, Canastota, NY 13202

Politica di assistenza finanziaria di Oneida Health

Altre politiche/procedure correlate:

Numero di politica precedente:

Riferimenti: Sezione 501(r) del Codice IRS, in vigore dal 2016, Sezione 2807-k della Salute Pubblica dello Stato di New York; Sezione 180-c della Legge sulla Salute Pubblica; Sezioni 359-g e 519-a del Diritto Commerciale Generale.

Standard:

Moduli: Riepilogo in linguaggio semplice per l'assistenza finanziaria (01242)

Domanda di assistenza finanziaria (01913)

Pagamento dell'assistenza – Servizi contrattuali (01519)

Approvazione: Comitato per la Conformità Aziendale dell'OH, Comitato Finanziario del Consiglio di Amministrazione

Appendice 1

DEFINIZIONI

Importo generalmente fatturato ("AGB"): gli importi generalmente fatturati per l'assistenza medica di emergenza o altri servizi medicamente necessari a individui che hanno un'assicurazione che copre tale assistenza, determinati moltiplicando le spese lorde per l'assistenza per la percentuale AGB.

Percentuale/i AGB: Importo ottenuto utilizzando il metodo "Look-Back", come definito dalla Sezione 1.501(r)-5 del Regolamento del Dipartimento del Tesoro, per qualsiasi Assistenza Medica di Emergenza o altri Servizi Medicamente Necessari.

Domanda: Domanda per il programma di Assistenza Finanziaria o Sconto Clinico a Tariffe Variabili, a seconda dei casi, presentata in formato cartaceo, elettronico o tramite colloquio telefonico.

Condivisione dei costi: l'importo totale dovuto da un paziente sottoassicurato a seguito dell'applicazione della copertura assicurativa di tale paziente, inclusi, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, franchigie, copagamenti, coassicurazione e saldo dopo l'assicurazione.

Assistenza medica d'urgenza: servizi sanitari che un ospedale o un medico, esercitando un prudente giudizio clinico, fornirebbe a un paziente che presenta una condizione medica d'urgenza.

Condizioni mediche di emergenza: come definite dalla Sezione 1867 del Social Security Act (42 U.S.C. 1395dd), noto anche come Emergency Medical Treatment and Active Labor Act ("EMTALA"), una condizione medica che si manifesta con sintomi acuti di gravità tale che l'assenza di cure mediche immediate potrebbe ragionevolmente comportare: (i) un grave pericolo per la salute dell'individuo; (ii) una grave compromissione delle funzioni corporee; o (iii) una grave disfunzione di qualsiasi organo corporeo. L'EMTALA definisce inoltre una condizione medica di emergenza come una donna incinta che sta avendo contrazioni.

Azione di riscossione straordinaria ("ECA"): azioni di riscossione che richiedono un procedimento legale o giudiziario che Oneida Health può intraprendere ai sensi della Sezione 1.501(r)-6 dei regolamenti del Dipartimento del Tesoro per ottenere il pagamento di una fattura per l'assistenza, tra cui (1) l'avvio di un'azione civile contro un individuo, (2) l'imposizione di un privilegio sulla proprietà di un individuo diversa dalla residenza principale e (3) il pignoramento o il sequestro del conto bancario di un individuo o di qualsiasi altra proprietà personale.

Famiglia: un gruppo di due o più persone che risiedono insieme e che sono legate da vincoli di nascita, matrimonio (incluso il coniuge di fatto) o adozione. Se il paziente dichiara qualcuno come persona a carico nella propria dichiarazione dei redditi, questa può essere considerata tale ai fini della presente Politica. Oneida Health si riserva il diritto di convalidare la responsabilità finanziaria di qualsiasi membro della famiglia elencato.

Reddito familiare: il reddito familiare include salari, stipendi, indennità di disoccupazione, indennità di infortunio sul lavoro, previdenza sociale, reddito di sicurezza integrativo, assistenza pubblica, indennità per veterani, indennità di reversibilità, reddito da pensione o pensione di vecchiaia, affitti da proprietà, profitti e commissioni derivanti dalla propria attività, interessi, dividendi, affitti, royalties, redditi da successioni, trust, alimenti, mantenimento dei figli e altre fonti varie. Il reddito familiare è determinato al lordo delle imposte ed esclude plusvalenze o minusvalenze. Se una persona vive con una famiglia, può essere considerato il reddito di tutti i membri della famiglia (i membri non imparentati del nucleo familiare non contano). Le prestazioni non monetarie, come buoni pasto e sussidi per l'alloggio, non sono considerate reddito..

Assistenza finanziaria: lo sconto offerto da Oneida Health alle persone che non possono permettersi di pagare le cure ricevute per cure mediche di emergenza o altri servizi medicalmente necessari ai sensi della presente Politica.

Spese lorde: la spesa totale per la fornitura di assistenza ai pazienti e altri servizi presso un'entità di Oneida Health, basata sulle tariffe stabilite, prima dell'applicazione di eventuali detrazioni dalla spesa totale.

Garante: la persona responsabile del pagamento di una fattura. Il Garante è sempre il paziente, a meno che il paziente non sia un adulto incapace o un minore non emancipato (di età inferiore ai 18 anni), nel qual caso il Garante è il genitore o il tutore legale del paziente.

Servizi Medicamente Necessari: Servizi sanitari che un medico, esercitando un prudente giudizio clinico, fornirebbe a un paziente allo scopo di valutare, diagnosticare o curare una malattia, un infortunio, una patologia

o i suoi sintomi, e che sono: (a) conformi agli standard generalmente accettati della pratica medica; (b) clinicamente appropriati; e (c) non principalmente per la comodità del paziente

Riepilogo della Politica in Linguaggio Semplice ("PLS"): una dichiarazione scritta che informa un individuo che la struttura ospedaliera offre Assistenza Finanziaria e lo Sconto Clinico a Tariffe Variabili e fornisce le seguenti informazioni in un linguaggio chiaro, conciso e di facile comprensione, con l'obiettivo che la maggior parte di esse (dato l'argomento e il contenuto del documento) sia redatta a un livello di lettura di quinta elementare:

1. Una breve descrizione dei requisiti di ammissibilità e dell'assistenza offerta ai sensi della Politica;
2. Un breve riepilogo su come richiedere l'assistenza ai sensi della Politica;
3. L'indirizzo web diretto (o URL) e le sedi fisiche in cui l'individuo può ottenere copie della Politica e del modulo di domanda;
4. Istruzioni su come l'individuo può ottenere una copia gratuita della Politica e del modulo di domanda applicabile per posta;
5. Le informazioni di contatto, inclusi il numero di telefono e la sede fisica, dell'ufficio o del reparto della struttura ospedaliera che può fornire informazioni sulla Politica e assistenza con la procedura di domanda;
6. Una dichiarazione che attesti la disponibilità di traduzioni della Polizza, della Domanda e del Riepilogo in Lingua Semplice ("PLS") in altre lingue, se applicabile; e
7. Una dichiarazione che a un individuo avente diritto all'Assistenza Finanziaria non possono essere addebitati importi superiori all'AGB per l'Assistenza Medica d'Emergenza o altri Servizi Medicamente Necessari.

Lingue preferite: lingue (a) utilizzate per comunicare, durante almeno il cinque per cento delle visite dei pazienti in un anno, da pazienti che non sanno parlare, leggere, scrivere o comprendere la lingua inglese al livello di competenza necessario per una comunicazione efficace con gli operatori sanitari, o (b) parlate da individui non di lingua inglese che comprendono il minore tra (i) 1.000 residenti o (ii) più dell'uno per cento della popolazione dell'area di servizio dell'ospedale primario.

Sottoassicurato: il paziente non è privo di assicurazione e ha sostenuto spese mediche vive negli ultimi 12 mesi per cure mediche di emergenza o altri servizi medicalmente necessari che ammontano a oltre il 10% del reddito lordo annuo dell'individuo.

Non assicurato: il paziente non ha alcun livello di assicurazione sanitaria o assistenza di terze parti per aiutarlo a soddisfare i propri obblighi di pagamento relativi all'assistenza sanitaria oppure ha esaurito i benefici dell'assicurazione sanitaria e può dimostrare l'incapacità di pagare l'intero importo in base ai criteri di ammissibilità di questa polizza.