

MAIMONIDES MEDICAL CENTER

CODICE: FIN-028 (Riveduto)

DATA: 4 maggio, 2018

ORIGINARIAMENTE EMESSE: 21 marzo, 2005

OGGETTO: POLITICA DI ASSISTENZA FINANZIARIA

I. POLITICA

Maimonides Medical Center ("Maimonides" o l'"Ospedale") fa del suo meglio per fornire servizi sanitari di alta qualità ad ogni paziente che si reca in una delle proprie strutture, indipendentemente dalla capacità di pagamento. La presente politica di assistenza finanziaria ("FAP" o "Politica") attua il programma di assistenza finanziaria di Maimonides, attraverso il quale i pazienti che non hanno copertura assicurativa, hanno esaurito i benefici della loro assicurazione sanitaria, e sono considerati ammissibili al contributo finanziario in conformità con la presente politica, possono avere accesso gratuito o emergenza scontata e altre cure mediche necessarie.

II. ACCESSO ALLE INFORMAZIONI

Maimonide pubblicizza ampiamente la propria FAP in conformità con la presente Politica.

Maimonides rende questa FAP, il modulo di domanda FAP e una sintesi della FAP ("Sommario in linguaggio semplice") disponibile su una apposita pagina di assistenza finanziaria sul sito Maimonides (<http://www.maimonidesmed.org/main/FinancialInformation.aspx>). Copie cartacee di questi documenti sono disponibili su richiesta e gratuitamente, per posta e in luoghi pubblici in ospedale, compreso il pronto soccorso, le aree di entrata e i punti di servizio al paziente.

Maimonide Notifica e informa i pazienti dell'ospedale sul FAP: offrendo una copia cartacea della sintesi in linguaggio semplice come parte di ammissione e di registrazione; tra cui una comunicazione scritta sulle dichiarazioni di fatturazione che informa i destinatari sulla disponibilità dell'assistenza finanziaria nell'ambito della FAP e comprende il numero di telefono del Dipartimento dei Servizi Finanziari dell'Ospedale e l'indirizzo del sito web diretto dove è possibile ottenere copie del modulo di domanda FAP in linguaggio semplice, e cospicue visualizzazioni pubbliche che informano i pazienti sulla FAP in luoghi pubblici in ospedale, compreso il pronto soccorso e le aree di ammissione. I pazienti saranno informati dei fogli multilingua della FAP di Maimonide.

Inoltre, la FAP, modulo di domanda FAP e la Sintesi in linguaggio semplice saranno tradotte nelle lingue principali parlate dalle popolazioni con limitata

conoscenza della lingua inglese ("LEP") serviti dall' Ospedale ogni anno, compresa la lingua parlata da ogni gruppo linguistico LEP che costituisce una minoranza di 1.000 individui o il 5 per cento della comunità servita dall' ospedale o la popolazione che possa probabilmente essere interessata o incontrata dall'Ospedale. Maimonide inoltre notificherà e informerà i membri della comunità servita dall' Ospedale che questo offre assistenza finanziaria nell'ambito di una FAP, e dove ottenere maggiori informazioni e documenti inerenti la FAP, in modo che i membri della comunità possano comprendere (comprese le traduzioni in lingue rilevanti).

Ai pazienti con domande specifiche sull'assistenza finanziaria sarà fornita la sintesi in linguaggio semplice, informato delle relative informazioni sul sito del Centro Medico di Maimonides, e riferito a un Consulente Finanziario. Ove qualcuno indichi che preferisce accedere a documenti o informazioni sulla FAP per via elettronica, Maimonides può fornire tali documenti o informazioni per via elettronica (anche su schermo elettronico, via e-mail o fornendo l'indirizzo del sito diretto o l'URL della pagina web dove il documento o informazione è pubblicato).

III. ASSISTENZA FINANZIARIA

A. Ammissibilità

Gli individui che soddisfano i seguenti criteri sono ammissibili per cure gratuite o a prezzi scontati ai sensi della presente politica:

Per i servizi medici necessari non di emergenza, i residenti a basso reddito dei cinque quartieri di New York City (Contee di Kings, New York, Queens, Richmond e Bronx) che non dispongono di assicurazione o che hanno esaurito i benefici della loro assicurazione sanitaria sono ammissibili al contributo finanziario.

Per i servizi di emergenza, i residenti a basso reddito dello Stato di New York che sono senza assicurazione o che hanno esaurito i benefici di assicurazione sanitaria sono ammissibili.

Il conto massimo che può essere addebitato ad un paziente che riceve cure di emergenza o di altre cure mediche necessarie presso l'Ospedale, e può beneficiare di un sostegno finanziario ai sensi del presente FAP è conosciuto come Importo Generalmente Presentato ("AGB"). Maimonides imposta l' AGB all'importo totale che Medicaid permetterebbe (per cure ospedaliere) e l'importo totale che Medicare avrebbe permesso (per chirurgia ambulatoriale, clinica, dipartimento di emergenza, riferito ai servizi ambulatoriali e accessori). Ai sensi delle tabelle degli onorari di sconto descritte negli allegati A e B, gli sconti offerti ai pazienti FAP ammissibili in base al FAP sono minori o uguali alla AGB. Previa determinazione dell'ammissibilità FAP, a una persona FAP ammissibile

non può essere addebitato più dell' AGB per cure mediche necessarie o di emergenza.

I criteri finanziari di ammissibilità e gli sconti in base alla FAP sono descritti di seguito e negli allegati A e B. **I pazienti con reddito inferiore al 300% del livello di povertà federale sono presuntivamente beneficiari di assistenza nell'ambito della FAP, sulla base delle informazioni descritte nella Sezione III.D, di seguito.** Una condizione supplementare di ammissibilità è che i pazienti (e per i pazienti minori, il/i genitore/i e / o tutore/i legale / i) forniscano la documentazione necessaria per la domanda di assistenza finanziaria, e cooperino pienamente con il personale aiutando nel processo .

Nella misura in cui i pazienti possono beneficiare di un programma di assicurazione sponsorizzato pubblicamente (per esempio, Medicaid, Child Health Plus ("CHP"), Prenatal Care Assistance Program [Programma di assistenza cura prenatale]), i pazienti devono utilizzare quel programma per la copertura del loro trattamento, piuttosto che il programma di assistenza finanziaria Maimonides. I pazienti che richiedono assistenza finanziaria (e per i pazienti minori, i genitori e / o i tutori legali) devono fornire tutte le informazioni e la documentazione richiesta per determinare l'idoneità per un programma di assicurazione sponsorizzato pubblicamente in ospedale. Una volta che un paziente ha presentato domanda per copertura nell'ambito di un programma di assicurazione sponsorizzato pubblicamente, questi potrà beneficiare di un contributo finanziario di Maimonides fino alla data in cui il paziente si considera coperto dall' altro programma, a patto che lo stesso sia altrimenti ammissibile al contributo finanziario.

L'assistenza finanziaria può essere messa a disposizione, come determinato caso per caso, dei pazienti che non rispondono ai criteri di ammissibilità finanziari, ma devono affrontare spese mediche straordinarie. Le domande di assistenza finanziaria in queste circostanze saranno indirizzate al Dipartimento dei servizi finanziari in 983 48th Street, Brooklyn, NY 11219, (718) 283-7790.

I pazienti con HMO/assicurazione commerciale che non è accettata al Maimonides Medical Center non sono ammissibili al contributo finanziario, a meno che non abbiano esaurito le proprie prestazioni assicurative.

I pazienti non saranno ammissibili per l'assistenza finanziaria se il Dipartimento Servizi Finanziari determina che il paziente (o per i pazienti che sono minori, i genitori e / o i tutori legali) ha fornito false informazioni durante il processo di domanda.

B. I servizi coperti

Il programma di assistenza finanziaria di Maimonides copre le emergenze e altri servizi medici necessari presso il Maimonides Medical Center. Linee guida di Medicare vengono utilizzate per determinare se i servizi medici sono necessari. Servizi ausiliari ordinati in connessione con visite cliniche saranno addebitati al tasso percentuale di scala variabile che corrisponde a quella visita clinica.

Quanto segue non è coperto dalla presente politica:

- Elementi che non sono necessari a livello medico (ad esempio, le procedure cosmetiche);
- Elementi senza beneficio clinico o terapeutico (ad esempio, telefoni, televisori e vari oneri di sala privati);
- Servizi non fatturati dall'ospedale (ad esempio, servizi di anestesia e servizi professionali da parte di medici e collaboratori esterni, come ad esempio gli infermieri privati, servizi di assistenza domiciliare e servizi ambulette), diversi dai servizi forniti dagli enti sostanzialmente legati dell'ospedale, in quanto tale termine è definito in base alle normative federali; e
- Copagamenti e franchigie.

I pazienti qualificati per l'emergenza Medicaid come pazienti ricoverati presso Maimonides possono beneficiare di una visita clinica post-operatoria senza spese e qualsiasi relativo servizio collaterale entro 90 giorni dalla operazione chirurgica, e non è loro richiesto di completare la richiesta della documentazione per poter essere ammissibili per quella visita.

I pazienti che sono visitati in pronto soccorso, ma che non sono ammessi come pazienti ricoverati sono ammissibili per una visita clinica di follow-up senza spese per la condizione specifica che li ha portati al pronto soccorso, e non viene loro richiesto di completare le richieste di documentazione per essere ammissibili per quella visita.

I servizi di salute mentale ambulatoriali sono coperti dal FIN-29, "Politica di Assistenza Finanziaria dei Servizi di Salute Mentale," e non in base a questa Politica. I servizi di salute mentale ai pazienti ricoverati e relative prestazioni accessorie sono coperti da questa politica.

L'allegato C alla presente Politica elenca i fornitori che forniscono emergenza o altre cure necessarie a livello medico nell'Ospedale che sono coperti da questa FAP, e quelli che non sono coperti dalla FAP.

C. Procedure di applicazione generale

Al fine di ottenere assistenza per il processo di domanda FAP, per chiedere assistenza finanziaria, o ottenere ulteriori informazioni sul FAP, contattare il Dipartimento dei servizi finanziari dell'ospedale a (718) 283-7790, situato in 983 48th Street, Brooklyn, NY 11219.

Ogni individuo che richiede assistenza finanziaria sarà indirizzato ad un consulente finanziario per lo screening. Il consulente finanziario:

1. Discuterà varie alternative a disposizione del paziente (ad esempio, programmi di assicurazione di sostegno pubblico, modalità di pagamento, tariffe scontate, scale variabili, cura gratuita) sulla base delle informazioni ricevute.
2. In determinate circostanze, (a) completa una domanda Medicaid e la sottopone al locale Dipartimento dei Servizi Sociali per conto del paziente; o (b) indirizza il paziente al competente ufficio Medicaid locale per compilare una domanda CHP.
3. Valuta se il paziente può beneficiare di ulteriori sconti o finanziamenti che possono essere disponibili tramite sovvenzioni speciali o programmi presso il Maimonides Medical Center separati dal programma generale di assistenza finanziaria.
4. Se del caso, fornisce una richiesta di assistenza finanziaria da completarsi da parte del richiedente. Su richiesta, il consulente finanziario fornirà assistenza ai pazienti sulla comprensione delle politiche di assistenza finanziaria e compilerà la domanda per suo conto nel corso di una intervista faccia a faccia.

I moduli di domanda FAP saranno tradotti, in conformità con la Sezione II, di cui sopra. Inoltre, i servizi di traduzione saranno a disposizione di tutti i pazienti che necessitano di tali servizi per l'accesso all'assistenza finanziaria presso l'Ospedale. Il personale accederà ai servizi di traduzione in conformità con i servizi di traduzione e interpretariato AD-120

I moduli di domanda includeranno un avviso per i pazienti che al momento della presentazione di una domanda completa, compresa qualsiasi informazione o documentazione necessaria per determinare l'idoneità del paziente nell'ambito della politica, il paziente può non tener conto di fatture fino a quando l'ospedale non ha preso una decisione sulla domanda.

I pazienti sono autorizzati a chiedere un contributo finanziario per almeno 240 giorni dalla data in cui è fornita la prima fattura post-dimissione. (Vedere FIN-55, fatturazione e Politica dei Recuperi per ulteriori

informazioni su periodi di domanda). Le richieste di rinunciare a tali requisiti possono essere rivolte al Vice Presidente Senior di Finanza per la revisione.

D. Criteri di ammissibilità per l'assistenza finanziaria

1. Procedure di determinazione di ammissibilità

Le determinazioni di ammissibilità saranno effettuate dal Dipartimento Servizi Finanziari. Come descritto più dettagliatamente di seguito al sotto capo III.D.2, l'ammissibilità si basa sulle seguenti informazioni:

- Luogo di residenza;
- Reddito annuo al lordo delle imposte;
- Liquidità; e
- Dimensione della famiglia.

Le informazioni fornite nella domanda del paziente per un programma di assicurazione sponsorizzato pubblicamente verranno utilizzate per ottenere tali dati. Se tale richiesta è stata presentata o è disponibile, le informazioni necessarie per la determinazione di ammissibilità all'assistenza finanziaria devono essere fornite dal paziente. Se qualsiasi informazione necessaria non è presente, i pazienti saranno avvisati telefonicamente o via mail a proposito delle informazioni mancanti.

2. Test di reddito e liquidità

L'allegato A alla presente Politica, "Allegato sconto spesa scala variabile per i servizi ospedalieri", espone gli sconti per i servizi ospedalieri coperti. L'Allegato B, "Tabella di sconto della scala variabile per chirurgia ambulatoriale, Clinica, Divisione di Emergenza, Indirizzamento Ambulatoriale e dei Servizi di Dispacciamento", espone gli sconti per servizi ambulatoriali coperti, clinici, di emergenza, ambulatoriali, e servizi accessori.

Ciascun allegato espone due test - un test di reddito e un test di patrimonio liquido:

- Il *test sul reddito* è calcolato confrontando la "dimensione della famiglia" del paziente con l'utile al lordo delle imposte della sua famiglia.
- Dimensione della famiglia. Se il paziente è un adulto, la dimensione della famiglia del paziente è calcolata sommando il reddito del paziente, il reddito del coniuge del paziente (se esistente e se risiede con il paziente) ed eventuali persone a carico del paziente o del coniuge del paziente. Se il paziente è un bambino, la dimensione

della famiglia del paziente è calcolata sommando il paziente, il genitore / i del paziente e / o il tutore / i con cui il paziente risiede, ed eventuali persone a carico del paziente genitore / i e / o i tutori legali con cui risiede il paziente (diversi dal paziente). Una donna incinta è contata come due membri della famiglia.

- Reddito annuo al lordo delle imposte. Se il paziente è un adulto, il reddito annuo al lordo delle imposte della famiglia è la somma del reddito del paziente e del reddito del coniuge del paziente (se esistente e se residente con il paziente). Se il paziente è un minore, l' utile annuo al lordo delle imposte della famiglia è il reddito del genitore del paziente e / o del tutore legale con cui il paziente risiede. Il reddito è basato sul calcolo dei guadagni delle ultime quattro settimane prima della data del servizio.
- Il reddito annuale al lordo delle imposte sarà la somma delle seguenti fonti di reddito, come dimostra la documentazione richiesta in merito alla domanda FAP:
 1. Stipendio / Salari al lordo delle deduzioni.
 2. Prestazioni di contribuzione sociale.
 3. Disoccupazione e compensazione di operai.
 4. Beneficio di veterano.
 5. Alimenti / Sostegno infantile
 6. Altro sostegno monetario
 7. Pagamenti di pensione.
 8. Pagamenti assicurazione o di rendita.
 9. Dividendi / Interesse.
 10. Reddito da affitto.
 11. Reddito d'impresa netto (lavoratori autonomi / verificato da fonte indipendente).
 12. Altro (benefici di sciopero, stipendi di formazione, assegnazioni familiari militari, reddito da proprietà e fondi).

La fonte di reddito deve essere calcolata sommando gli importi effettivamente ricevuti, a quelle somme che l'individuo può aver diritto ma che non gli sono state pagate (ad esempio, quando l'ex coniuge di un paziente non paga il mantenimento dei figli, indennità di assicurazione o di pensione, sono in discussione).

- La *liquidità* di ciascun paziente sarà calcolata in base al valore totale del paziente e della sua liquidità o quella del coniuge (siano questi detenuti individualmente o congiuntamente). Se il paziente è un minore, la liquidità del paziente sarà calcolata in base al valore totale delle attività detenute dal paziente genitore / i e / o tutore / i legale con cui il paziente risiede. I tipi di attività che

saranno presi in considerazione comprendono denaro; conti di risparmio; conti correnti; certificati di deposito; equità nel settore immobiliare (diversi dalla sua residenza primaria); e altre attività (Buoni del Tesoro, carte negoziabili, titoli aziendali e obbligazioni). Il test di patrimonio non prenderà in considerazione la residenza principale di un paziente, le attività detenute in un conto di risparmio previdenziale o paragonabile a un fondo pensione o, conti di risparmio per il college, o auto usate regolarmente da un paziente o dai familiari diretti.

Un paziente con liquidità pari a due volte la quantità dei livelli di risorse consentiti dal Medicaid sarà considerato avere "*liquidità significativa*." **Se il paziente ha liquidità significativa, l'importo del contributo per il paziente sarà il MINORE dello sconto per cui il paziente ha diritto ai sensi del test dei redditi e il test di liquidità patrimoniale.** Ad esempio, se un paziente è ammissibile per uno sconto del 50% in base al test di reddito e uno sconto del 25% in base al patrimonio liquido, si applica lo sconto del 25%. Se l'individuo è ammissibile per il sostegno finanziario previsto sia in base al test di reddito sia in base al test di liquidità, la tariffa massima in cui può incorrere è il 100% del maggiore tra la tariffa di Medicare o Medicaid, a seconda dei casi, o del AGB (come discusso in precedenza) .

Il *Test di liquidità - ospedaliero* è calcolato dividendo l'importo della tariffa piena Medicaid per i servizi del paziente tramite la "liquidità" del paziente.

Il *Test di liquidità - ambulatoriale* è calcolato dividendo l'importo della tariffa Medicare completa per i servizi del paziente da parte della "liquidità" del paziente.

- **Se il paziente non ha significativa liquidità, l'importo del contributo di assistenza per il paziente sarà lo sconto per cui il paziente ha diritto in base al test sui redditi.**
- Particolare attenzione può essere effettuata caso per caso, se un paziente è recentemente diventato disoccupato o non è in grado di pagare le spese correnti (ad esempio, affitto, utenze e alimenti) se al paziente è richiesto di pagare personalmente alla tariffa fissata negli allegati A e B.

I casi in cui è richiesta particolare attenzione devono essere indirizzati al Direttore dell'unità di consulenza finanziaria al numero (718) 283-7796. Al paziente può essere richiesto di documentare la natura delle circostanze che richiedono una particolare attenzione.

E. Processo di esame delle domande

Entro 30 giorni dal ricevimento della domanda completa di assistenza finanziaria e tutti i documenti richiesti, il Dipartimento Servizi Finanziari informerà il paziente per iscritto se la domanda di contributo finanziario è stata approvata o rifiutata. Se la domanda è stata approvata, il paziente sarà informato della percentuale di sconto (ad esempio, il 90% delle spese applicabili), per cui egli è ammissibile e verrà fornita una spiegazione dettagliata degli importi dovuti. Se la domanda è stata rifiutata, la comunicazione scritta descriverà come fare appello al rifiuto, presentando informazioni su come contattare il Dipartimento della Salute. La notifica di rifiuto di FAP deve anche spiegare in dettaglio le basi del rifiuto. Nei casi in cui viene condotta un'intervista faccia a faccia, i pazienti vengono informati immediatamente della approvazione della richiesta e dell'importo dello sconto che il paziente riceverà o il rifiuto della domanda. In tali casi la comunicazione scritta viene anche spedita a casa del paziente.

Inoltre, se la richiesta di assistenza finanziaria del paziente viene approvata, il Dipartimento Servizi Finanziari documenterà la determinazione di ammissibilità nella sezione del sistema di registrazione (AHS) "commenti", compresi gli sconti specifici applicabili per (a) servizi ospedalieri e (b) servizi ambulatoriali, anche se è necessario un solo tipo di servizio (ad esempio, servizi ospedalieri) nella cura attuale del paziente.

L'approvazione di ammissibilità è valida per un anno, a quel punto sarà necessario il ricalcolo di ammissibilità. Le future modifiche alle scale variabili stabilite indicate negli allegati A e B si applicano a tutti i pazienti nuovi e attualmente qualificati.

F. Accordo di pagamento rateale

Su richiesta, ai pazienti che ricevono assistenza finanziaria sarà data l'opportunità di ottenere un pagamento rateale senza interessi. Il pagamento mensile non sarà superiore al 10% del reddito lordo mensile del paziente ed eventuali attività ammissibili a titolo oneroso per considerazione durante il test di liquidità dell'ospedale. Non vengono applicati interessi sul saldo non pagato anche in caso di un mancato pagamento. Nel caso in cui si manchi un pagamento, non vi sarà alcuna accelerazione dei pagamenti.

G. Appelli

Un paziente ha il diritto di ricorso contro una decisione in materia di ammissibilità per l'assistenza finanziaria in base ai seguenti criteri:

- Errate informazioni fornite;

- Cambiamenti nella situazione finanziaria dei pazienti; o
- Circostanze estenuanti.

Il Vice Presidente Senior delle Finanze (Servizi Finanziari) deciderà sui ricorsi. I ricorsi devono essere presentati per iscritto (o di persona, su appuntamento) al Vice Presidente Senior delle Finanze (servizi finanziari), al seguente indirizzo:

983 48th Street
Brooklyn, NY 11219
Telefono: (718) 283-7790

Il ricorso deve essere effettuato entro 30 giorni dalla notifica della determinazione di ammissibilità. Il Vice Presidente Senior delle Finanze (servizi finanziari) farà del suo meglio per prendere decisioni sul ricorso entro 10 giorni lavorativi dalla data di ricevimento di un ricorso del paziente (ad esempio, dopo la ricezione di persona o di una lettera di un appello).

H. Fatturazione separata e Politica di recupero

Le azioni che Maimonides può assumere in caso di mancato pagamento sono descritte in una fatturazione separata e Politica di recupero (FIN-55). Questa politica è disponibile su una pagina di assistenza finanziaria indicata sul sito di Maimonides (<http://www.maimonidesmed.org/main/FinancialInformation.aspx>). Copie cartacee di questa politica sono disponibili su richiesta e gratuitamente, per posta e in luoghi pubblici in ospedale, compreso il pronto soccorso, le aree di ammissione e punti di servizio al paziente.

I. Accesso a Cure Mediche di Urgenza

Non vi sarà alcuna discriminazione nella fornitura di un esame di screening medico e trattamento stabilizzante necessaria a coloro che sono ammissibili al sostegno finanziario nell'ambito di tale politica. Maimonides fornisce, senza discriminazioni, la cura per le condizioni mediche di emergenza alle persone, indipendentemente dal fatto che siano ammissibili al sostegno finanziario previsto dal presente FAP. Vedere FIN-034 EMTALA - Esame Screening Medico e politica di stabilizzazione.

J. Formazione e ulteriori informazioni

Tutto il personale che interagisce con i pazienti o è responsabile della fatturazione e recupero, riceverà una copia di questa politica e sarà addestrato sulla procedura appropriata per il programma di assistenza finanziaria. Il personale sarà inoltre informato periodicamente di ulteriori

sconti o finanziamenti che possano essere disponibili attraverso speciali sovvenzioni o programmi separati dal programma generale di assistenza finanziaria. Eventuali ulteriori richieste di informazioni da parte del personale su questa politica devono essere indirizzate al Responsabile dell'unità di consulenza finanziaria al numero (718) 283-7796.

I dipendenti di Maimonides e le persone a loro carico saranno trattate secondo la Politica del Centro Medico (FIN-022).

K. Valutazione di conformità con la Legge

Il Dipartimento di Verifica Interna deve valutare il rispetto della legge di assistenza finanziaria e questa politica almeno una volta all'anno. I risultati di tale verifica sono condivisi con l'SVP per gli account del paziente, SVP, Finanza (servizi finanziari) EVP per gli affari legali e il funzionario della conformità.

IV. CONTROLLI

Il Vice Presidente Senior della Finanza (servizi finanziari), in combinato con AVP di rete dei servizi sanitari ambulatoriali, e del Vice Presidente Senior dei conti del paziente, rivedrà periodicamente le anagrafiche dei pazienti e i conti per l'aderenza al protocollo di assistenza finanziaria impostato in questa politica.

Il Vice Presidente Senior delle finanze (servizi finanziari) e i Conti del paziente indicheranno ai capi del dipartimento appropriato di rivedere il protocollo di assistenza finanziaria indicati in questa politica, dato che i cambiamenti sono approvati o incaricati dalle agenzie di regolamentazione.

Kenneth D. Gibbs
Presidente e CEO

INDICE: Cura di beneficenza, pagamento di persona, assistenza finanziaria

RIFERIMENTI:

PHL 2807-k (9 e 9-a)

Egregio amministratore lettera del 15 febbraio, 2007
protezione del paziente e legge sulla cura che ci si può
permettere §9007 (a) (23 marzo 2010) (aggiunta di 501 (r) a
IRC), FIN-034 EMTALA – Esame di screening medico e
politica di stabilizzazione

FIN-029 (Riveduto) – Politica di assistenza finanziaria ai
servizi ambulatoriali di salute mentale

FIN-055 - Fatturazione e Politica di recupero Egregio
amministratore lettera del 15 novembre 2013

Requisiti aggiuntivi per Ospedali benefici; Valutazioni di
necessità di salute alla comunità per ospedali benefici;

Requisito di una sezione 4959 Imposta di reso sulle accise e
ora di presentazione della dichiarazione; norma finale, 79

Fed. Reg. 78954 (31 Dic 2014).

26 C.F.R. 1.501 (R) -1, 1.501 (r) -4 - 1.501 (r) -6

DIVISIONE

DI ORIGINE:

Divisione Legale / Servizi Finanziari

MAIMONIDES MEDICAL CENTER
2018 PROGRAMMA DI TARIFFA DI SCONTO A SCALA VARIABILE PER SERVIZI A PAZIENTE OSPEDALIZZATO
BASATO SULLE TARIFFE MEDICAID

Allegato A

Test A – Test di reddito¹

Dimensione della famiglia	Linee guida povertà federale LIVELLO I	Gamma reddito LIVELLO II		Gamma reddito LIVELLO III		Gamma reddito LIVELLO IV		Gamma reddito LIVELLO V		Gamma reddito LIVELLO VI		Gamma reddito Livello VII		Test di beni Livello Minimo di risorsa
1	\$12.140	\$12.141	\$15.175	\$15.176	\$18.210	\$18.211	\$24.280	\$24.281	\$30.350	\$30.351	\$36.420	\$36.421	Imp Sopra	\$30.300
2	\$16.460	\$16.461	\$20.575	\$20.576	\$24.690	\$24.691	\$32.920	\$32.921	\$41.150	\$41.151	\$49.380	\$49.381	"	\$44.400
3	\$20.780	\$20.781	\$25.975	\$25.976	\$31.170	\$31.171	\$41.560	\$41.561	\$51.950	\$51.951	\$62.340	\$62.341	"	\$50.028
4	\$25.100	\$25.101	\$31.375	\$31.376	\$37.650	\$37.651	\$50.200	\$50.201	\$62.750	\$62.751	\$75.300	\$75.301	"	\$56.550
5	\$29.420	\$29.421	\$36.775	\$36.776	\$44.130	\$44.131	\$58.840	\$58.841	\$73.550	\$73.551	\$88.260	\$88.261	"	\$63.078
6	\$33.740	\$33.741	\$42.175	\$42.176	\$50.610	\$50.611	\$67.480	\$67.481	\$84.350	\$84.351	\$101.220	\$101.221	"	\$69.600
7	\$38.060	\$38.061	\$47.575	\$47.576	\$57.090	\$57.091	\$76.120	\$76.121	\$95.150	\$95.151	\$114.180	\$114.181	"	\$76.128
8	\$42.380	\$42.381	\$52.975	\$52.976	\$63.570	\$63.571	\$84.760	\$84.761	\$105.950	\$105.951	\$127.140	\$127.141	"	\$82.650
9	\$46.700	\$46.701	\$58.375	\$58.376	\$70.050	\$70.051	\$93.400	\$93.401	\$116.750	\$116.751	\$140.100	\$140.101	"	\$89.176
10	\$51.020	\$51.021	\$63.775	\$63.776	\$76.530	\$76.531	\$102.040	\$102.041	\$127.550	\$127.551	\$153.060	\$153.061	"	\$95.700
Per ogni persona in più aggiungere	\$4.320	\$5.400		\$6.480		\$8.640		\$10.800		\$12.960		N/A		\$6.526
Importo dello sconto sulla base del Medicaid Raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG)	100%	90%		80%		70%		60%		50%		0%		
Percentuale Oltre il Livello di povertà federale (FPL)	100% di FPL	101% a 125% di FPL		126% a 150% di FPL		151% a 200% di FPL		201% a 250% di FPL		251% a 300% di FPL		Oltre il 300% di FPL		

Test B – Test di liquidità (si applica solo se il paziente ha il doppio (2x) della quantità di risorse ammissibili al Medicaid)

Raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG) di Medicaid/ Liquidità totale	Superiore al 90%	90% a 80%	79% a 70%	69% a 60%	59% a 50%	49% a 0%
Importo sconto	100%	75%	50%	25%	15%	0%

CODICE: FIN-28
DATA: 2018

Esempio: Tariffa piena Medicaid è \$ 15.000	\$0	\$3,750	\$7,500	\$11,250	\$15,000	
Tasso $\frac{15,000}{30,000} = 50\%$ la responsabilità del paziente sarà l'85% di \$ 15.000 = 12.750						
Liquidità 30,000						

Le tariffe piene Medicaid sono dovute da pazienti aventi un reddito superiore al 300% del FPL, o le cui spese per il rapporto della liquidità è del 49% o inferiore.

CODICE: FIN-28

DATA: 2018

MAIMONIDES MEDICAL CENTER

2018 PROGRAMMA DI TARIFFA DI SCONTO A SCALA VARIABILE PER SERVIZI A PAZIENTE ESTERNO PER CHIRURGIA AMBULATORIALE, CLINICA, DIPARTIMENTO D'EMERGENZA, SERVIZI AMBULATORIALI E AUSILIARI RIFERITI BASATO SULLE TARIFFE MEDICARE APC

Allegato B

Test A – Test di reddito²

Dimensione della famiglia	Linee guida povertà federale LIVELLO I	Gamma reddito LIVELLO II		Gamma reddito LIVELLO III		Gamma reddito LIVELLO IV		Gamma reddito LIVELLO V		Gamma reddito LIVELLO VI		Gamma reddito Livello VII		Test di beni Livello Minimo di risorsa
1	\$12.140	\$12.141	\$15.175	\$15.176	\$18.210	\$18.211	\$24.280	\$24.281	\$30.350	\$30.351	\$36.420	\$36.421	Imp Sopra	\$30.300
2	\$16.460	\$16.461	\$20.575	\$20.576	\$24.690	\$24.691	\$32.920	\$32.921	\$41.150	\$41.151	\$49.380	\$49.381	"	\$44.400
3	\$20.780	\$20.781	\$25.975	\$25.976	\$31.170	\$31.171	\$41.560	\$41.561	\$51.950	\$51.951	\$62.340	\$62.341	"	\$50.028
4	\$25.100	\$25.101	\$31.375	\$31.376	\$37.650	\$37.651	\$50.200	\$50.201	\$62.750	\$62.751	\$75.300	\$75.301	"	\$56.550
5	\$29.420	\$29.421	\$36.775	\$36.776	\$44.130	\$44.131	\$58.840	\$58.841	\$73.550	\$73.551	\$88.260	\$88.261	"	\$63.078
6	\$33.740	\$33741	\$42.175	\$42.176	\$50.610	\$50.611	\$67.480	\$67.481	\$84.350	\$84.351	\$101.220	\$101.221	"	\$69.600
7	\$38.060	\$38.061	\$47.575	\$47.576	\$57.090	\$57.091	\$76.120	\$76.121	\$95.150	\$95.151	\$114.180	\$114.181	"	\$76.128
8	\$42.380	\$42.381	\$52.975	\$52.976	\$63.570	\$63.571	\$84.760	\$84.761	\$105.950	\$105.951	\$127.140	\$127.141	"	\$82.650
9	\$46.700	\$46.701	\$58.375	\$58.376	\$70.050	\$70.051	\$93.400	\$93.401	\$116.750	\$116.751	\$140.100	\$140.101	"	\$89.176
10	\$51.020	\$51.021	\$63.775	\$63.776	\$76.530	\$76.531	\$102.040	\$102.041	\$127.550	\$127.551	\$153.060	\$153.061	"	\$95.700
Per ogni persona in più aggiungere	\$4.320	\$5.400		\$6.480		\$8.640		\$10.800		\$12.960		N/A		\$6.526
Importo dello sconto sulla base delle tariffe Medicare-Sistema di pagamento prospettico delle prestazioni ambulatoriali (APC)	100%	90%		80%		70%		60%		50%		0%		
Percentuale Oltre FPL	100% di FPL	101% a 125% di FPL		126% a 150% di FPL		151% a 200% di FPL		201% a 250% di FPL		251% a 300% di FPL		Oltre 300% di FPL		

CODICE: FIN-28

DATA: 2018

Test B – Test di liquidità (si applica solo se il paziente ha il doppio (2x) della quantità di risorse ammissibili per il Medicaid)

Tariffa APC Medicare/ Totale liquidità	Superiore al 90%	90% a 80%	79% a 70%	69% a 60%	59% a 50%	49% a 0%
Ammontare dello sconto	100%	90%	80%	70%	60%	0%
Esempio: Tariffa APC Ambulatoriale/Chirurgica di \$1.000	\$0	\$100	\$200	\$300	\$400	\$1.000
$\frac{\text{Tariffa APC } 1,000}{\text{Risorse } 30,000} = 33\% \text{ dei pazienti con titolo allo } 0\% \text{ di sconto la responsabilità del paziente è la tariffa completa Medicare APC}$						

Le tariffe piene Medicare APC sono dovute da pazienti aventi un reddito superiore al 300% del FPL, o le cui spese per il rapporto della liquidità è del 49% o inferiore.