Sutter Health	Data effettiva: 12/1/1998 Data di approvazione finale: 3/1/2007 Data revisione: 10/26/15 Data revisione successiva: 10/26/18
	Proprietario: Patrick McDermott, Vice Presidente Ciclo delle entrate
	Ambito della politica: Borsa
	Referenze: Servizi finanziari per il paziente

POLITICA SU fatturazione e raccolte per Ospedali Sutter Health

FINALITÀ

Lo scopo della politica è di fornire direttive chiare per i servizi ospedalieri Sutter Health per eseguire le funzioni di fatturazione e recupero in un modo conforme alle leggi vigenti

POLITICA

La politica di Sutter Health prevede di fatturare ai pazienti e contribuenti di terze parti applicabili in modo accurato, puntuale e coerente con le leggi e le normative applicabili, incluse senza limitazione il Codice di Sicurezza e Salute della California sezione 127400 segg. e regolamenti pubblicati dal Dipartimento del Tesoro degli Stati Uniti ai sensi della sezione 501(r) del Codice sul reddito interno.

AMBITO

Questa politica si applica a tutte le strutture ospedaliere autorizzate gestite da Sutter Health o un Entità affiliata (come definito nello statuto di Sutter Health), e tutti gli altri ospedali in cui Sutter Health e/o un Entità affiliata ha un controllo di voto diretto o indiretto o partecipazione superiore al 50% (di seguito denominato "Ospedale" o "Ospedali Sutter Health"). Questa politica si applica anche a qualsiasi agenzia di recupero per conto di un ospedale. Salvo diversa indicazione, questa politica non si applica ai medici o altri operatori sanitari, compresi i medici di pronto soccorso, gli anestesisti, i radiologi, i patologi, gli ospedalieri ecc., i cui servizi non sono inclusi nelle spese di un ospedale. Questa politica non crea un obbligo per l'ospedale a pagare per i servizi di questi medici o altri fornitori di servizi medici. In California, un medico di emergenza che fornisce i servizi di emergenza in un ospedale è tenuto a fornire sconti ai pazienti senza assicurazione o a pazienti assicurati che hanno elevate spese mediche pari o inferiore al 350% del livello federale di povertà.

DEFINIZIONI

Azione di recupero straordinario**:** Una “Azione di recupero straordinario” è uno dei seguenti casi:

(i) Qualsiasi azione per ottenere il pagamento da un paziente che richiede un processo legale o giudiziario, inclusa senza limitazioni la presentazione di una querela;

(ii) Vendere il debito di un paziente verso l'ospedale a un'altra parte, compresa senza limitazione un'agenzia di recupero;

(iii) Riferire informazioni negative su un paziente a un'agenzia di segnalazione di credito dei consumatori o a un ufficio di credito;

(iv) Sequestro di un conto bancario;

(v) Provocare un arresto per il recupero di un debito;

(vi) Pignoramento dello stipendio;

(vii) Pegno su una residenza o altro bene personale o immobile;

(viii) Preclusione sulla proprietà immobiliare o personale;

(ix) Ritardo o rifiuto delle cure mediche necessarie a fronte di un saldo dovuto per servizi precedenti; o

(x) Ottenere un ordine di esame.

Le azioni di recupero straordinarie non includono l'affermazione, o il recupero, di un pegno come dichiarato nelle sezioni del Codice Civile 3040 o 3045. Inoltre, la presentazione di un reclamo in una procedura di fallimento non è un'azione di recupero straordinario.

Paziente: Un paziente è l'individuo che ha ricevuto servizi in un ospedale. Nell'ambito della presente politica, il paziente è una qualsiasi persona finanziariamente responsabile delle proprie cure.

Politica sull'assistenza finanziaria: La "Politica sull'assistenza finanziaria" è la politica dell'ospedale Sutter Health per l'assistenza finanziaria (cura di beneficienza), che descrive il programma di Assistenza finanziaria di Sutter Health, compresi i criteri che i pazienti devono soddisfare per essere idonei all'assistenza finanziaria e al processo di presentazione della domanda di assistenza finanziaria.

Assistenza finanziaria: "Assistenza finanziaria" si riferisce alla cura completa di beneficienza e alla cura di beneficenza a elevato costo medico, come definito nella politica dell'ospedale Sutter Health sull'assistenza finanziaria (cura di beneficienza)

Lingua principale dell'area dei servizi dell'ospedale: La "lingua principale dell'area dei servizi dell'ospedale" è la lingua utilizzata da meno di 1000 persone o del 5% della comunità servita dall'ospedale secondo la più recente valutazione delle esigenze mediche della comunità eseguita dall'ospedale.

Paziente senza assicurazione: Un "paziente senza assicurazione" è un paziente che non ha una fonte di pagamento di terze parti per una parte delle proprie spese mediche, compresi, senza limitazione, l'assicurazione commerciale e altro, programmi di bonus sanitari del governo o responsabilità civile, e comprende un paziente i cui bonus di tutte le potenziali fonti di pagamento sono esauriti prima di un ricovero.

Paziente assicurato: Un "paziente assicurato" è un paziente che ha una fonte di pagamento di terze parti per una parte delle proprie spese mediche.

Responsabilità del paziente: La "responsabilità del paziente" è l'importo che un paziente assicurato è tenuto a pagare di tasca propria dopo che la copertura della terza parte del paziente ha stabilito l'importo dei bonus del paziente.

Agenzia di recupero: Un'"agenzia di recupero" è una qualsiasi entità incaricata da un ospedale per perseguire o recuperare il pagamento dai pazienti.

Spese fatturate: Le "spese fatturate" sono gli importi senza sconto che un ospedale di norma fattura per gli articoli e i servizi.

PROCEDURE

A. Fatturazione a contribuenti di terze parti

1. Ottenere informazioni sulla copertura: Gli ospedali dovranno impegnarsi in modo ragionevole per ottenere informazioni dai pazienti sul fatto che l'assicurazione sanitaria privata o pubblica o di sponsorizzazione possa coprire in tutto o in parte i servizi resi al paziente dall'ospedale.

2. Fatturazione a contribuenti di terze parti: Gli ospedali dovranno perseguire con diligenza tutti gli importi dovuti dai contribuenti di terze parti, inclusi ma non limitati a contribuenti a contratto e non a contratto, i contribuenti di indennità, responsabilità e auto assicuratori, e contribuenti di programmi di governo che possono essere finanziariamente responsabili della cura di un paziente. Sutter Health fatturerà tutti i contribuenti di terze parti applicabili sulla base delle informazioni fornite da o verificate dal paziente o da un suo rappresentante in modo tempestivo.

3. Risoluzione delle controversie con contribuenti di terze parti: Prima di iniziare il contenzioso o l'arbitrato nei confronti di un contribuente di terze parti, gli ospedali devono consultare e rispettare la politica per l'avvio di contenzioso o arbitrato contro contribuenti di terze parti.

B. **Fatturazione ai pazienti:** Ogni individuo dell'ospedale responsabile delle finanze, o incaricato, deve riconoscere ai servizi condivisi di Sutter Health l'autorità di perseguire i recuperi da parte dei pazienti.

1. Fatturazione a pazienti assicurati: Gli ospedali potranno fatturare subito ai pazienti assicurati per l'importo di responsabilità del paziente secondo il calcolo in base alla spiegazione dei benefici (EOB) e l'indicazione del contribuente di terze parti.

2. Fatturazione a pazienti senza assicurazione: Gli ospedali potranno subito fatturare ai pazienti senza assicurazione gli voci e i servizi forniti dall'ospedale, utilizzando le spese fatturate dell'ospedale meno lo sconto standard non coperto da assicurazione o lo sconto rurale non coperto da assicurazione, come segue:

   a. Sconto standard non coperto da assicurazione: Riduzione del 40% delle spese fatturate per i servizi per pazienti ricoverati e riduzione del 20% delle spese fatturate per servizi ambulatoriali.

   b. Sconto rurale non coperto da assicurazione**:** Riduzione del 20% delle spese fatturate per servizi ai pazienti ricoverati e ambulatoriali presso gli ospedali rurali. Sutter Lakeside Hospital and Center for Health, Sutter Coast Hospital e Sutter Amador Hospital sono ospedali rurali.

   Lo sconto per pazienti senza assicurazione non si applica ai pazienti che si sono qualificati per l'assistenza finanziaria o che ricevono servizi già scontati (ad esempio sconti pacchetto per servizi cosmetici). La tariffa del caso e la tariffa del pacchetto non deve condurre a un pagamento inferiore a quello che si aspetta l'Ospedale se lo sconto per pazienti senza assicurazione fosse stato applicato alle spese fatturate per i servizi.

3. Informazioni sull'assistenza finanziaria: Tutte le fatture ai pazienti comprendono la Comunicazione dei diritti riportata nell'Allegato A alla presente politica, che comprende un riepilogo dell'assistenza finanziaria disponibile per i pazienti idonei.

4. Dichiarazione dettagliata: Tutti i pazienti possono richiedere una dichiarazione dettagliata del proprio account in qualsiasi momento.

5. Sconto per pagamento immediato**:** Tutte le fatture ai pazienti devono contenere informazioni sullo sconto per pagamento immediato. Lo sconto per pagamento immediato è un ulteriore ribasso della fattura dell'ospedale a disposizione dei pazienti senza assicurazione che pagano subito. Lo sconto per pagamento immediato è uno sconto del 10% dell'importo dovuto da un paziente senza assicurazione dopo l'applicazione di tutti gli altri sconti. Un paziente senza assicurazione può beneficiare di questo sconto se il pagamento viene eseguito al momento del servizio o entro 30 giorni di calendario dalla data della prima fatturazione al paziente.

6. Controversie: Ogni paziente può contestare una voce o un addebito in fattura. I pazienti possono avviare una controversia per iscritto o per telefono con un rappresentante del servizio clienti. Se un paziente richiede documentazione in merito alla fattura, i membri dello staff faranno il possibile per fornire la documentazione richiesta entro dieci (10) giorni. Gli ospedali manterranno l'account per almeno trenta (30) giorni dopo che il paziente ha iniziato la controversia prima di impegnarsi in ulteriori attività di recupero.

C. PRATICHE DI RECUPERO

1. Pratiche generali di recupero: Fatta salva questa politica, gli ospedali possono impegnarsi in modo ragionevole per ottenere il pagamento dai pazienti. Le attività generali di recupero possono comprendere il rilascio di dichiarazioni dei pazienti, telefonate e il riferimento alle dichiarazioni inviate al paziente o al garante. Gli ospedali devono sviluppare procedure per assicurare che le domande dei pazienti e le lamentele in merito alle fatture siano esaminate e corrette, se del caso, con tempestivo follow-up con il paziente.

2. Divieto di azione di recupero straordinario: Gli ospedali e le agenzie di recupero **non** devono intraprendere un'azione di recupero straordinario per tentare un recupero da un paziente.

3. Nessun recupero durante il processo di domanda di assistenza finanziaria: L'ospedale e le agenzie di recupero non possono perseguire il recupero da un paziente che ha presentato una domanda di assistenza finanziaria e devono restituire qualsiasi importo ricevuto dal paziente prima o durante il periodo di attesa di una domanda del paziente.

4. Divieto di utilizzo di informazioni di una domanda di assistenza finanziaria: Gli ospedali e le agenzie di recupero non possono utilizzare nelle attività di recupero le informazioni ottenute da un paziente durante il processo di domanda di assistenza finanziaria. Nulla in questa sezione vieta l'uso delle informazioni ottenute dall'ospedale o dall'agenzia di recupero indipendentemente dal processo di idoneità all'assistenza finanziaria.

5. Piani di pagamento:

    i. Pazienti idonei: Gli ospedali e qualsiasi agenzia di recupero che agisce per loro conto offriranno ai pazienti senza assicurazione, e a qualsiasi paziente che si qualifica per l'assistenza finanziaria, la possibilità di stipulare un accordo per pagare la propria responsabilità paziente (per i pazienti assicurati) ed eventuali altre somme dovute nel tempo. Gli ospedali possono inoltre stipulare piani di pagamento per i pazienti assicurati che non sono in grado di pagare l'importo di responsabilità paziente in un'unica rata.

    ii. Condizioni dei piani di pagamento: Tutti i piani di pagamento sono esenti da tasse. I pazienti hanno la possibilità di negoziare le condizioni del piano di pagamento. Se l'ospedale e il paziente non raggiungono un accordo sulle condizioni del piano di pagamento, l'ospedale potrà dilazionare l'opzione del piano di pagamento in base al quale il paziente può sostenere un pagamento mensile di non più del dieci per cento (10%) del reddito mensile familiare del

paziente escluse le spese essenziali. Per "spese essenziali" si intendono le spese di una qualsiasi delle voci seguenti: affitto o pagamento e manutenzione di casa, forniture alimentari e per la casa, utenze e telefono, abbigliamento, spese mediche e dentistiche, assicurazioni, scuola o custodia dei bambini, supporto per i figli o del coniuge, spese di trasporto e automobile, comprese le assicurazioni, benzina, riparazioni, pagamenti rateali, lavanderia, pulizia e altri oneri straordinari.

iii. Dichiarazione di piano di pagamento non operativo: Un piano di pagamento dilazionato può essere dichiarato non più operativo dopo che il paziente non ha onorato tutti i pagamenti consecutivi per un periodo di 90 giorni. Prima di dichiarare non più operativo il piano di pagamento dilazionato, l'ospedale o l'agenzia di recupero faranno un ragionevole tentativo di mettersi in contatto con il paziente per telefono e di comunicare per iscritto che il piano di dilazione di pagamento può diventare non operativo e che il paziente ha la possibilità di rinegoziare il piano di pagamento dilazionato. Prima che il piano di pagamento dilazionato venga dichiarato non operativo, l'ospedale o l'agenzia di recupero tenterà di rinegoziare le condizioni del piano di pagamento dilazionato non onorato, se richiesto dal paziente. Nell'ambito della presente sezione, l'avviso e la chiamata telefonica al paziente potranno essere fatti all'ultimo numero di telefono conosciuto e all'indirizzo del paziente. Dopo aver dichiarato non operativo un piano di pagamento, l'ospedale o l'agenzia di recupero possono avviare le attività di recupero secondo la presente politica.

6. Agenzie di recupero: Gli ospedali possono segnalare i conti dei pazienti a un'agenzia di recupero alle seguenti condizioni:

   i. L'agenzia di recupero deve avere un accordo scritto con l'ospedale;

   ii. L'accordo scritto dell'ospedale con l'agenzia di recupero deve predisporre che le prestazioni dell'agenzia di recupero nelle sue funzioni siano rispettose della missione di Sutter Health, la visione, i valori fondamentali, i termini della politica di assistenza finanziaria, la presente politica sulla fatturazione e il recupero e quanto disposto nell'Hospital Fair Pricing Act, sezione Codice sulla salute e la sicurezza dal punto 127400 al punto 127446;

   iii. L'agenzia di recupero deve essere d'accordo a non impegnarsi in eventuali azioni di recupero straordinarie per il debito del paziente;

   iv. L'ospedale deve mantenere la proprietà del debito (ovvero il debito non viene "venduto" all'agenzia di recupero);

   v. L'agenzia di recupero deve mettere in atto procedure per identificare i pazienti che possono beneficiare dell'assistenza finanziaria, comunicare la disponibilità e i dettagli della politica di assistenza finanziaria a detti pazienti e indirizzare i pazienti che sono in cerca di assistenza finanziaria ai Servizi finanziari per il paziente dell'ospedale al numero 855-398-1633 o all'indirizzo sutterhealth.org. L'agenzia di recupero non può perseguire il recupero da un paziente che ha presentato una domanda di assistenza finanziaria e deve restituire qualsiasi importo ricevuto dal paziente prima o durante il periodo di attesa di una domanda del paziente.

   vi. Tutti i debitori di terze parti devono ricevere adeguata fattura, il pagamento di un debitore di terzi non deve più restare in sospeso e il debito residuo deve rientrare nella responsabilità finanziaria del paziente. Un'agenzia di recupero non potrà fatturare a un paziente un qualsiasi importo che un debitore di terze parti è obbligato a pagare.

vii. L'agenzia di recupero deve trasmettere a ogni paziente una copia dell'Allegato A, la Comunicazione dei diritti.

viii. Devono essere passati almeno 120 giorni dall'invio della fattura iniziale da parte dell'ospedale al paziente sull'account.

ix. Il paziente non sta negoziando un piano di pagamento o sta effettuando pagamenti parziali regolari di un importo ragionevole.

D. **Responsabilità di terze parti**

Nulla della presente politica impedisce agli affiliati ospedalieri o alle agenzie di recupero di perseguire responsabilità di terze parti in modo coerente con la politica di vincolo di terze parti.

RIFERIMENTO[1]

Codice sul reddito interno sezione 501(r)

26 Codice dei regolamenti federali da 1.501(r)-1 a 1.501(r)-7

Codice di Sicurezza e Salute della California sezione da 124700 a 127446

Questa politica deve essere letta unitamente alla politica sulla fatturazione e il recupero di Sutter Health.

[1] Quando si fa riferimento altre politiche ospitate in PolicyStat, è possibile creare un collegamento ipertestuale per l'accesso rapido.

Allegato A -- Comunicazione dei diritti

Grazie di aver scelto di Sutter Health per i vostri recenti servizi. Si allega la dichiarazione delle spese relative alla visita in ospedale. **Il pagamento è subito esigibile.** Si può avere diritto a sconti se si soddisfano determinati requisiti finanziari, come spiegato di seguito, o in caso di pagamento immediato.

Tenere presente che la presente fattura si riferisce soltanto ai servizi ospedalieri. Ci potrebbero essere costi aggiuntivi per i servizi che saranno forniti dai medici durante il soggiorno in ospedale, come ad esempio le fatture di medici, anestesisti, patologi, radiologi, servizi di ambulanza o altri professionisti medici che non sono dipendenti dell'ospedale. Si potrebbe ricevere una fattura separata per tali servizi.

Riepilogo dei diritti: Lo stato e la legge federale esigono che gli esattori si comportino in modo equo, vietando false dichiarazioni o minacce di violenza e l'uso di linguaggio osceno o profano o di fornire comunicazioni improprie a terzi, compreso il datore di lavoro. Tranne che in circostanze insolite, gli esattori non possono stabilire contatti prima delle 8.00 o dopo le 21.00 In generale, un esattore non può dare informazioni sul debito a un'altra persona diversa da un legale o dal coniuge. Un esattore può contattare un'altra persona per confermare la posizione o prendere una decisione. Per ulteriori informazioni sulle attività di recupero crediti, è possibile rivolgersi al Federal Trade Commission chiamando il numero 1-877-FTC-HELP (328-4357) oppure online all'indirizzo www.ftc.gov.

I servizi di consulenza di credito senza scopo di lucro e l'assistenza al consumatore da parte degli uffici dei servizi legali locali potrebbero essere disponibili nella vostra zona. Rivolgersi all'ufficio Servizi finanziari per il paziente al numero 855-398-1633

Sutter Health ha stipulato accordi con agenzie di recupero esterne per recuperare i pagamenti dai pazienti. Le agenzie di recupero sono tenute a rispettare le politiche dell'ospedale. Le agenzie di recupero sono inoltre tenute a riconoscere e rispettare i pagamenti dei piani concordati dall'ospedale e dal paziente.

Assistenza finanziaria (cura di beneficienza): Sutter Health è impegnata a fornire assistenza finanziaria ai pazienti a basso reddito qualificati e ai pazienti con un'assicurazione che richiede al paziente di pagare la parte significativa delle proprie cure. Quanto segue è una sintesi dei requisiti di idoneità per l'assistenza finanziaria e la procedura di richiesta per i pazienti che desiderano chiedere assistenza finanziaria. Le seguenti categorie di pazienti sono idonee all'assistenza finanziaria:

- I pazienti che non hanno alcuna fonte di pagamento di terze parti, ad esempio una compagnia di assicurazione o di programma di governo, per qualsiasi parte delle proprie spese mediche **e** hanno un reddito familiare pari o inferiore al 400% del livello federale di povertà.
- I pazienti coperti da assicurazione ma con (i) reddito familiare pari o inferiore a 400% del livello federale di povertà; **e** (ii) spese mediche per sé o per la propria famiglia (sostenute presso l'ospedale affiliato o pagate ad altri fornitori negli ultimi 12 mesi) superiori al 10% del reddito familiare del paziente.
- I pazienti coperti da assicurazione ma che hanno esaurito i propri bonus prima o durante il soggiorno in ospedale e hanno un reddito familiare pari o inferiore al 400% del livello federale di povertà.

È possibile chiedere l'assistenza finanziaria utilizzando il modulo disponibile presso i Servizi finanziari per il paziente presente nei dipartimenti Accesso/Registrazione dei pazienti in ospedale, chiamando i Servizi finanziari per il paziente al numero 855-398-1633 oppure sul sito Web di Sutter Health o dell'ospedale (www.sutterhealth.org). È anche possibile presentare una domanda parlando con un rappresentante dei Servizi finanziari per il paziente che fornirà l'aiuto necessario per la compilazione della domanda. Durante il processo di domanda verrà chiesto di fornire informazioni sul numero di persone della famiglia, il reddito mensile e altre informazioni che consentono

all’ospedale di stabilire l’idoneità per l’assistenza finanziaria. È possibile che venga richiesto di fornire la busta paga o i documenti fiscali per consentire a Sutter di verificare il reddito.

Dopo aver inviato la domanda, l'ospedale procede con l'esame delle informazioni e con la notifica per iscritto in merito all'idoneità. Per eventuali domande durante il processo di domanda, è possibile rivolgersi all'ufficio dei Servizi finanziari per il paziente al numero (855- 398-1633.

In caso di disaccordo con la decisione dell’ospedale, è possibile presentare la controversia all'ufficio Servizi finanziari per il paziente.

Le copie della Politica di assistenza finanziaria di questo ospedale, la sintesi in linguaggio semplice e le domande del programma governativo sono disponibili in più lingue per il ritiro di persona presso i nostri uffici per la registrazione del paziente o dei Servizi finanziari per il paziente e all’indirizzo www.sutterhealth.org e via e-mail. Per ricevere una copia gratuita della Politica di assistenza finanziaria, rivolgersi al nostro ufficio Servizi finanziari per il paziente al numero 855-398-1633.

Ai sensi del Codice sul reddito interno sezione 1.501(r)-5, Sutter Health adotta il metodo prospettivo Medicare per gli importi generalmente fatturati; i pazienti che sono comunque idonei all’assistenza finanziaria non sono responsabili finanziariamente di importi superiori generalmente fatturati poiché i pazienti idonei non pagano alcun importo.

Domande in sospeso: se è stata presentata una domanda di un altro programma di copertura sanitaria contemporaneamente a una domanda di cura di beneficienza, nessuna delle due domande impedisce l'idoneità per l'altro programma.

Assicurazione sanitaria/Programma di copertura governativo/Assistenza finanziaria: se si dispone di una copertura assicurativa sanitaria, Medicare, Medi-Cal, Servizi California Children o di qualsiasi altra fonte di pagamento della fattura, rivolgersi ai Servizi finanziari per il paziente al numero 855-398-1633. Se del caso, i Servizi finanziari per il paziente provvederanno a fatturare la vostra cura a queste entità.

Se non si dispone dell'assicurazione sanitaria o della copertura attraverso un programma di governo come Medi-Cal o Medicare, si può beneficiare dell'assistenza del programma di governo. I Servizi finanziari per il paziente forniscono i moduli di domanda e offrono aiuto per il processo di domanda.

Se si dispone del titolo di assistenza finanziaria da parte dell'ospedale che si ritiene possa coprire i servizi oggetto della fattura, rivolgersi ai Servizi finanziari per il paziente al numero 855-398-1633.

California Health Benefit Exchange: si può beneficiare della copertura sanitaria di Covered California. Rivolgersi ai Servizi business ospedalieri per maggiori dettagli e assistenza per verificare l'idoneità alla copertura sanitaria da parte di Covered California.

Dati di contatto: L'ufficio Servizi finanziari per il paziente è disponibile per rispondere alle domande sulla fattura dell'ospedale o per fare domanda di assistenza finanziaria o di programma di governo. Il numero di telefono è 855-398-1633. Gli orari operativi sono 8.00 - 17.00 da lunedì a venerdì.