

Boston Children's Hospital
Politica in materia di crediti e riscossioni

Indice

- I. Dichiarazione generale della Politica
- II. Definizioni
- III. Classificazione delle prestazioni
- IV. Assistenza fornita per ottenere il sostegno finanziario
 - A. Avviso pubblico di disponibilità del sostegno finanziario
 - B. Avviso individuale di disponibilità del sostegno finanziario
- V. Rinvio/Rifiuto delle prestazioni
- VI. Procedure per la raccolta dei dati finanziari del paziente/garante
 - A. Acquisizione delle informazioni
 - B. Momenti per la raccolta dei dati
 - C. Verifica delle informazioni fornite dal paziente
 - D. Rilascio di informazioni/Cessione delle prestazioni
 - E. Conferma della responsabilità finanziaria per le prestazioni non coperte
- VII. Pagamento
 - A. Acconti
 - B. Sconti
 - C. Piani di pagamento
 - D. Autorità per l'approvazione delle rettifiche ai conti
- VIII. Pratiche di fatturazione e riscossione e determinazione del credito irrecuperabile
 - A. Determinazione delle prestazioni accettabili
 - B. Pazienti/Garanti esenti da azioni di riscossione
 - C. Fatturazione iniziale
 - D. Azioni successive di riscossione
 - E. Posta rinviata al mittente
 - F. Insolvenze
 - G. Determinazione del credito irrecuperabile
 - H. Fatturazione del credito irrecuperabile per prestazioni di emergenza a Health Safety Net
 - I. Criteri di autorizzazione del credito irrecuperabile
 - J. Azioni straordinarie di riscossione coatta e adempimento legale
 - K. Documentazione
 - L. Incidenti automobilistici
- IX. Diritti e doveri del paziente

Allegati:

Allegati richiesti, classificati separatamente

I. Dichiarazione generale della Politica

Nella sua lunga tradizione al servizio dei bambini di Boston, del New England e non solo, il Boston Children's Hospital (l'“Ospedale”) è da sempre impegnato nel rappresentare una risorsa per i bambini bisognosi di cure, indipendentemente dalla disponibilità economica. Ogni anno, grazie al supporto offerto dalla comunità e all'azione sollecitata del Consiglio di amministrazione (Board of Trustees), l'Ospedale e i suoi medici destinano milioni di dollari in assistenza benefica (Charity Care) ai bambini e alle loro famiglie.

L'Ospedale ha assunto un forte impegno nel garantire che i bambini usufruiscano per quanto possibile di una copertura assicurativa. I consulenti finanziari dell'Ospedale sono a disposizione per rispondere alle domande delle famiglie sulla copertura pubblica disponibile per i bambini non assicurati e per assistere le famiglie nella compilazione delle richieste necessarie.

L'Ospedale valuta le esigenze mediche di ciascun paziente e le condizioni finanziarie della famiglia e si prodiga nel tradurre in pratica la propria generosità e sensibilità nei confronti di tutti i bambini che fanno richiesta delle prestazioni. Per sostenere la capacità dell'Ospedale di rispondere ad un'effettiva necessità, ai pazienti e alle loro famiglie vengono applicate pratiche di fatturazione e riscossione sensibili ma coerenti. Le politiche e le procedure espresse in questo documento sono adottate nel tentativo di assicurare che le pratiche e le procedure di fatturazione e riscossione siano ragionevoli e applicate coerentemente. La presente Politica in materia di crediti e riscossioni si applica a tutte le sedi del Boston Children's Hospital gestite su licenza dell'Ospedale.

L'Ospedale inoltre attuerà ogni sforzo per dimostrare flessibilità e sensibilità nelle singole circostanze. Ci si aspetta che le famiglie onorino a loro volta i propri impegni finanziari così che l'Ospedale possa continuare a prestare le cure ai bambini che vivono in condizioni disagiate.

Infine, l'Ospedale non opererà alcuna discriminazione sulla base di etnia, colore della pelle, origine nazionale, cittadinanza, status di straniero, religione, credo, sesso, orientamento sessuale, identità di genere, età o disabilità nelle sue politiche o nell'applicazione delle politiche riguardanti l'acquisizione e la verifica di dati finanziari, acconti pre-ricovero o pre-trattamento, piani di pagamento, ricoveri rinviati o respinti o dello status di Paziente indigente (Low Income Patient) così come determinato dall'Office of Medicaid, secondo cui il paziente ha un reddito basso, oppure nelle sue pratiche di fatturazione e riscossione.

La presente Politica in materia di crediti e riscossioni è sviluppata per garantire la conformità con (1) la disposizione 101 CMR 613.00 in materia di prestazioni accettabili (Eligible Services) di Health Safety Net; (2) i requisiti Medicare per il credito irrecuperabile dei Centers for Medicare and Medicaid Services (42 CFR 413.89); e (3) il Manuale per il rimborso dei fornitori Medicare (Parte I, Capitolo 3).

II. Definizioni

Assistenza benefica: costi sostenuti dall'Ospedale o dal Centro socio-sanitario (Community Health Center) per prestazioni mediche necessarie a pazienti con reddito basso che non hanno diritto al pagamento da parte del fondo fiduciario di Health Safety Net o di altre fonti di pagamento pubbliche o private. L'Ospedale gestisce anche specifici programmi di assistenza benefica, come esposto nelle politiche sostenute dal Direttore finanziario (Chief Financial Officer, CFO).

Prestazioni accettabili: oneri sostenuti dall'Ospedale o dal Centro socio-sanitario che hanno diritto al pagamento da parte del fondo fiduciario di Health Safety Net in virtù delle disposizioni promulgate dal Commonwealth of Massachusetts.

Condizione medica di emergenza: condizione medica, di natura fisica o mentale, che si manifesta con sintomi di gravità tale, incluso il dolore intenso, da indurre una qualunque persona in possesso di conoscenze mediche di base a ritenere che, in assenza di un immediato intervento sanitario, la salute del soggetto o di un'altra persona possa essere in serio pericolo, con grave compromissione delle funzioni corporee o gravi disfunzioni a carico di organi o parti del corpo oppure, nel caso di una donna in gravidanza, come ulteriormente definito nella sezione 1867(e)(1)(B) della Social Security Act, 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B).

Prestazioni di emergenza: prestazioni mediche necessarie fornite a un soggetto con Condizione medica di emergenza.

Paziente indigente: soggetto che soddisfa i criteri per la determinazione di paziente con basso reddito stabiliti nelle disposizioni Health Safety Net promulgate dal Commonwealth of Massachusetts. Per poter essere definito indigente, il soggetto deve risiedere nel Commonwealth e documentare un reddito familiare pari o inferiore al 400% della Soglia federale di povertà (Federal Poverty Level, FPL); non può essere iscritto ai programmi di copertura diretta MassHealth Standard o MassHealth Family Assistance; non può essere stato ammesso né è riuscito a iscriversi a un programma MassHealth; e non può aver causato la sospensione della copertura MassHealth o Commonwealth Care in seguito al mancato pagamento dei premi.

Esenzione per disagio nelle spese mediche: categoria di ammissibilità alla copertura di determinati oneri a carico del fondo fiduciario di Health Safety Net per quei pazienti e/o quelle famiglie le cui spese mediche consentite hanno dissipato a tal punto il reddito familiare da non poter pagare le Prestazioni accettabili (definite nelle disposizioni). I termini e le condizioni dell'ammissibilità e dei pagamenti in Esenzione per disagio nelle spese mediche a carico del fondo fiduciario di Health Safety Net delle prestazioni fornite ai pazienti aventi diritto sono specificati nelle disposizioni promulgate dal Commonwealth of Massachusetts.

Cure urgenti: prestazioni mediche necessarie fornite in un ospedale o in un centro socio-sanitario dopo la comparsa improvvisa di una condizione medica, di natura fisica o mentale, che si manifesta con sintomi acuti di gravità tale (incluso il dolore intenso) da indurre una qualunque persona in possesso di conoscenze mediche di base a ritenere che, in assenza di un intervento sanitario entro 24 ore, la salute del paziente possa essere in grave pericolo, con grave compromissione delle funzioni corporee o gravi disfunzioni a carico di organi o parti del corpo. Le prestazioni per cure urgenti vengono fornite per le condizioni che non sono letali e non rappresentano un rischio elevato di gravi danni alla salute di un soggetto. Le prestazioni per cure urgenti non comprendono le cure elettive o primarie.

III. Classificazione delle prestazioni

È possibile presentarsi, o essere presentati, per una terapia non programmata nel reparto di Pronto Soccorso dell'Ospedale o in altri locali adibiti alle prestazioni cliniche dell'Ospedale. Ogni paziente che si presenta per prestazioni di emergenza verrà valutato senza tener conto della sua copertura assicurativa o disponibilità economica, compatibilmente con la legge federale in materia di trattamento medico di emergenza e di travaglio attivo (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA). Dopo aver fornito le prestazioni a un paziente nel reparto di Pronto Soccorso, il medico curante del reparto classificherà tali prestazioni come Prestazioni di emergenza o Cure urgenti (secondo le definizioni esposte in precedenza) o come Cure non urgenti.

Le prestazioni elettive e quelle programmate sono considerate Cure non urgenti e come tali non sono né di emergenza né urgenti, indipendentemente dal contesto in cui sono state fornite. Queste classificazioni sono utilizzate dall'Ospedale allo scopo di determinare la copertura del debito irrecuperabile per cure di emergenza e urgenti secondo il fondo di Health Safety Net.

L'Ospedale vieta qualsiasi azione che possa scoraggiare un soggetto a richiedere cure mediche di emergenza, come sollecitare i pazienti del Pronto Soccorso a pagare prima di ricevere un trattamento per condizioni mediche di emergenza o come consentire attività di riscossione dei debiti che interferiscano con la fornitura, senza discriminazione, delle cure mediche di emergenza.

IV. Assistenza fornita per ottenere il sostegno finanziario

L'Ospedale fornirà ai pazienti, ai garanti o agli altri soggetti responsabili identificati le informazioni e l'assistenza necessarie per richiedere l'adesione ai programmi di sostegno finanziario di natura pubblica e di altra natura, tra cui MassHealth, Commonwealth Care, lo status di Paziente indigente in base alle disposizioni di Health Safety Net e l'adesione ad altri programmi sponsorizzati dal governo, nonché l'assistenza benefica dell'Ospedale e i programmi agevolati per i pazienti non assicurati. L'Ospedale farà tutto il possibile per fornire servizi di traduzione ai pazienti, ai garanti o agli altri soggetti responsabili con limitata conoscenza della lingua inglese.

L'Ospedale assisterà i pazienti/i garanti nella compilazione delle richieste di adesione ai programmi pubblici. I pazienti o i garanti dovranno fornire la documentazione richiesta per tali richieste. L'Ospedale non ha alcun ruolo nella determinazione dell'ammissibilità ai programmi, che è invece di competenza del Commonwealth. Spetta al paziente o al garante informare l'Ospedale di tutte le decisioni in materia di copertura prese dal Commonwealth e di qualsiasi variazione nell'ammissibilità del paziente a tali programmi.

A. Avviso pubblico di disponibilità del sostegno finanziario. L'Ospedale affiggerà dei cartelli con i quali informerà i pazienti della disponibilità del sostegno finanziario e di altri programmi di sostegno pubblico e indicherà dove i pazienti e le famiglie possono richiedere tale sostegno. Questi cartelli saranno affissi nelle aree di accettazione/registrazione dei reparti di degenza, degli ambulatori e del Pronto Soccorso, così come nelle aree pubbliche abitualmente frequentate dai pazienti. I cartelli avranno dimensioni di 8 ½ x 11 pollici e saranno stampati con caratteri di dimensione 22, in inglese e spagnolo.

B. Avviso individuale di disponibilità del sostegno finanziario. L’Ospedale fornirà un avviso individuale di disponibilità dei programmi di sostegno finanziario, compreso quello di Esenzione per disagio nelle spese mediche, e darà assistenza nella richiesta di adesione a tali programmi a qualsiasi paziente le cui spese (ad esclusione di quelle per articoli o servizi personali) potrebbero non essere coperte completamente dalla propria assicurazione. L’Ospedale inoltre, nella sua prima fattura di spesa e in tutte le altre comunicazioni di riscossione, includerà un avviso sulla disponibilità di programmi di sostegno finanziario, compresi quelli per Prestazioni accettabili a pazienti indigenti e altri programmi di sostegno pubblico, e sulla disponibilità di assistenza nella richiesta di adesione a tali programmi.

V. Rinvio/Rifiuto delle prestazioni

L’Ospedale non rinvierà né rifiuterà il trattamento ai pazienti che si presentano per cure di emergenza o urgenti o che sono beneficiari di sussidi governativi come MassHealth, Commonwealth Care, Children’s Medical Security Plan, Healthy Start, Health Safety Net o altri programmi pubblici, esclusivamente a causa di considerazioni di natura finanziaria.

L’Ospedale si riserva il diritto di rinviare o rifiutare l’erogazione delle prestazioni non di emergenza e non urgenti a un paziente, anche nel caso in cui il paziente e/o la sua famiglia rifiuti di rispettare i requisiti di acconto o, in mancanza di mezzi economici per pagare le prestazioni privatamente o tramite intermediari, rifiuti di richiedere i programmi pubblici disponibili, tra cui MassHealth e Health Safety Net, o rifiuti di fornire la documentazione richiesta per tali programmi.

Ogni volta che l’Ospedale sceglie di esercitare il proprio diritto di rinviare o rifiutare la fornitura delle prestazioni a un paziente, e prima di esercitare tale diritto, l’operatore sanitario identificato come medico del paziente sarà contattato per valutare le implicazioni mediche/cliniche del rinvio o del rifiuto delle prestazioni e per confermare o approvare il rinvio o il rifiuto delle prestazioni dal punto di vista medico/clinico.

Nei casi in cui ad un paziente vengano negate o rifiutate le prestazioni, saranno conservati i documenti che attestano il motivo del diniego o del rifiuto delle prestazioni; la valutazione delle implicazioni mediche/cliniche del rinvio o del rifiuto delle prestazioni o l’approvazione da un punto di vista medico/clinico rilasciata dal medico del paziente; e la conferma o approvazione del rinvio o del rifiuto delle prestazioni espressa dal medico.

VI. Procedure per la raccolta dei dati finanziari del paziente/garante

A. Acquisizione delle informazioni: prima dell’erogazione di qualsiasi prestazione sanitaria (ad eccezione dei casi di emergenza o delle prestazioni a livello di cure urgenti), è previsto che il paziente/garante fornisca informazioni tempestive e accurate sulla propria condizione assicurativa, i dati demografici, le variazioni sopraggiunte al proprio reddito familiare o alla condizione assicurativa e le informazioni su eventuali franchigie o ticket che sono dovuti in base all’assicurazione sottoscritta o agli impegni di pagamento del programma finanziario. Tra le informazioni dettagliate vi sono:

1. Nome completo, indirizzo, numero telefonico, data di nascita, numero di social security (se disponibile), opzioni attuali della copertura assicurativa sanitaria, dati di cittadinanza e residenza e risorse finanziarie applicabili del paziente/garante a cui attingere eventualmente per il pagamento della fattura;

2. Nome completo del garante del paziente, indirizzo, numero telefonico, data di nascita, numero di social security (se disponibile), opzioni attuali della copertura assicurativa sanitaria e risorse finanziarie applicabili a cui attingere eventualmente per il pagamento della fattura del paziente; e

3. Altre risorse a cui attingere eventualmente per il pagamento della fattura, incluse altre forme di assicurazione, come polizze assicurative su auto o immobili se il trattamento viene fornito a seguito di un incidente, assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e polizze infortunio per studenti.

Spetta in ultima analisi al paziente/garante tener conto delle fatture e pagare tempestivamente la fattura ospedaliera insoluta, oltre agli eventuali ticket, coassicurazioni e franchigie. Il paziente/garante è inoltre tenuto a informare la propria compagnia assicurativa sanitaria (se possiede un'assicurazione) o l'agenzia che ha determinato il suo stato di ammissibilità a un programma assicurativo sanitario pubblico circa eventuali variazioni sopraggiunte al reddito familiare o alla condizione assicurativa.

I pazienti/garanti sono tenuti a comunicare al programma pubblico statale (ad es., Office of Medicaid e Health Safety Net) le informazioni relative a qualsiasi causa legale o richiesta di indennizzo assicurativo che coprirà il costo delle prestazioni fornite dall'Ospedale. Il paziente sarà inoltre tenuto a cedere tale diritto a una società di liquidazione terza che coprirà il costo delle prestazioni pagate dall'Office of Medicaid o da Health Safety Net.

Se le informazioni non sono fornite nel momento in cui viene programmato un ricovero o una visita ambulatoriale, verranno effettuati tentativi successivi per raccogliere le informazioni richieste dopo la dimissione o la prestazione fornita.

B. Momenti per la raccolta dei dati: di seguito sono indicati i momenti in cui verrà effettuato un tentativo per raccogliere queste informazioni e l'autore o gli autori della raccolta:

1. **Alla prenotazione di un ricovero o una visita ambulatoriale:** i dati finanziari saranno richiesti dallo studio medico o dal membro del personale ospedaliero che prenota la prestazione.
2. **Durante la verifica dei dati del paziente:** i dati finanziari saranno richiesti dal personale dell'ufficio dei servizi finanziari per i pazienti (Patient Financial Services), dallo studio medico o dal personale ospedaliero che verifica i dati del paziente prima della prestazione.
3. **Giorno del ricovero/momento della prestazione:** dall'ufficio Patient Financial Services o dai coordinatori delle cure al paziente, a seconda dei casi. Se è in discussione un aspetto qualsiasi dei dati finanziari del paziente/garante, quest'ultimo potrà essere invitato a presentarsi all'ufficio Patient Financial Services per chiarimenti sulle informazioni. Questo processo si applica sia alle prestazioni programmate sia a quelle di emergenza (non appena ragionevolmente possibile dopo la prestazione o il ricovero, compatibilmente con la legge EMTALA).
4. **Durante il ricovero ospedaliero:** dal personale dell'ufficio Patient Financial Services o dai coordinatori delle cure al paziente.
5. **Al momento della dimissione:** dal personale dell'ufficio Patient Financial Services.

6. **In seguito alla dimissione o alla prestazione fornita:** dal personale dell'ufficio Patient Financial Services o dagli addetti alla gestione finanziaria dell'Ospedale.

7. **Prestazioni di emergenza:** il personale di accettazione al reparto intervisterà, otterrà e verificherà tutti i dati necessari finanziari e del paziente non appena possibile secondo le disposizioni EMTALA. Le informazioni non ottenute al momento del ricovero saranno richieste tramite i contatti del paziente e/o del garante e le interviste condotte nel corso del ricovero del paziente, o al momento della dimissione se ogni altro tentativo non è riuscito. Se autorizzati dal paziente o dal garante, verranno contattati altri soggetti per ottenere le informazioni con cui valutare la capacità di pagare le prestazioni fornite.

8. **Conferma dell'ammissibilità a MassHealth:** nel caso di prestazioni fornite a un paziente non assicurato, il personale dell'ufficio Patient Financial Services verificherà attraverso il sistema EVS di MassHealth e/o il Virtual Gateway gestito dall'Ufficio esecutivo dei servizi sanitari e sociali del Massachusetts (Massachusetts Executive Office of Health and Human Services) se il paziente possiede i requisiti o ha presentato una richiesta per i programmi MassHealth, Commonwealth Care o per altri programmi.

C. Verifica dei dati **finanziari** del paziente da parte dell'Ospedale: **il personale dell'ufficio Patient Financial Services, il personale amministrativo dei reparti clinici o i coordinatori delle cure al paziente proveranno in maniera ragionevole e diligente a verificare i dati finanziari forniti dal paziente** non appena possibile dopo che sono stati forniti, fino al momento della dimissione o dell'erogazione di una prestazione in regime ambulatoriale. Se non è possibile verificare i dati prima di quel momento, l'ufficio Patient Financial Services o i suoi rappresentanti potranno provare a verificare le informazioni durante la procedura di fatturazione e riscossione.

Data l'età della popolazione di pazienti dell'Ospedale, è di solito il genitore o il tutore legale a fornire le informazioni sull'assicurazione e i dati finanziari del paziente. Se sono necessarie ulteriori informazioni mentre il paziente è in Ospedale, il personale dell'ufficio Patient Financial Services o i coordinatori delle cure al paziente contatteranno l'infermiere o l'infermiera responsabile delle cure primarie del paziente o un suo delegato per ottenere l'autorizzazione a contattare il paziente o la famiglia del paziente.

Tra i tentativi ragionevoli e diligenti dell'Ospedale sono annoverati, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, la richiesta di informazioni sulla condizione assicurativa del paziente, la conduzione di ricerche nei database assicurativi pubblici o privati disponibili, l'applicazione delle regole di fatturazione di un noto pagatore terzo e la presentazione del ricorso contro una richiesta negata quando la prestazione è pagabile interamente o in parte da una compagnia assicurativa.

L'Ospedale inoltre compirà ogni sforzo ragionevole e diligente per determinare se una risorsa terza può farsi carico delle prestazioni fornite dall'Ospedale, comprese, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: (1) assicurazioni su auto o immobili, (2) assicurazioni contro gli incidenti generici o gli infortuni, (3) assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e (4) polizze infortunio per studenti. L'Ospedale informerà i pazienti che spetterà loro mettere al corrente il programma pubblico appropriato di qualsiasi variazione sopraggiunta nel reddito o nella condizione assicurativa. In conformità con le norme statali applicabili o il contratto assicurativo, per qualsiasi richiesta di indennizzo in cui gli sforzi ragionevoli e diligenti dell'Ospedale abbiano prodotto il recupero di un indennizzo sanitario fatturato a una compagnia assicurativa privata o a un programma

pubblico, l'Ospedale renderà il recupero e lo deterrà dall'indennizzo pagato dalla compagnia assicurativa privata o dal programma pubblico. Se l'Ospedale ne ha previa conoscenza ed è giuridicamente capace, proverà ad assicurarsi la cessione del diritto del paziente alla copertura da parte di terzi delle prestazioni erogate a seguito di un incidente.

D. Rilascio di informazioni/Cessione delle prestazioni: il paziente/garante può essere tenuto a firmare una cessione delle prestazioni assicurative o di altre fonti di pagamento terze (ad es., risarcimenti di danni derivanti da fatti illeciti) direttamente all'Ospedale per le prestazioni fornite, e un'autorizzazione al rilascio di informazioni necessaria per completare la cessione di tali prestazioni. L'autorizzazione dovrà anche indicare che il paziente/garante potrà essere responsabile finanziariamente dei costi non coperti dalla cessione.

E. Conferma della responsabilità finanziaria per le prestazioni non coperte: se l'autorizzazione richiesta dalla compagnia assicurativa del paziente non viene ottenuta prima della prestazione, il paziente/garante sarà tenuto a firmare una dichiarazione in cui riconosce di essere stato avvisato dell'assenza dell'autorizzazione richiesta e che lo informa della sua possibile responsabilità finanziaria per le prestazioni di cui è stata determinata in definitiva l'assenza di copertura.

VII. Pagamento

In generale, è previsto il pagamento integrale alla consegna di una fattura da parte dell'Ospedale.

A. Acconti

- 1. Prestazioni di emergenza:** l'Ospedale non richiederà un acconto pre-trattamento al paziente o al garante come condizione per ricevere le cure di emergenza, indipendentemente dalla disponibilità economica del paziente o del garante stesso.
- 2. Prestazioni non di emergenza:** l'Ospedale potrà richiedere un acconto pre-ricovero per prestazioni non di emergenza in regime di degenza o ambulatoriale a un paziente (o al suo garante) che sia privo di copertura assicurativa sufficiente per la prestazione da erogare, non sia esente da azioni di riscossione e non abbia stipulato un piano di pagamento con l'Ospedale.
- 3. Disposizioni particolari per i pazienti idonei a Health Safety Net:** a nessun paziente accertato come Paziente indigente verrà chiesto di versare un acconto. Al paziente/garante accertato come Paziente indigente con un requisito di copertura deducibile potrà essere chiesto di versare un acconto fino al 20% del suo importo deducibile e fino a un massimo di \$500. Al paziente/garante avente diritto all'Esenzione per disagio nelle spese mediche potrà essere chiesto di versare un acconto fino al 20% del suo contributo e fino a un massimo di \$1.000. Tutti i saldi residui saranno soggetti alle condizioni del piano di pagamento stabilite nell'articolo 101 CMR 613.08.

B. Sconti: gli sconti ai conti dei pazienti non sono ammissibili e non saranno presentati a Health Safety Net. L'Ospedale offre sconti fino al 40% ai pazienti non assicurati, a seconda della puntualità dei pagamenti.

Gli sconti non sono disponibili per gli importi di ticket e franchigie. Le politiche di sconto dell'Ospedale sono gestite dal Direttore finanziario.

C. Piani di pagamento: nel caso in cui un paziente/garante non possa pagare la fattura ospedaliera alla consegna e non risulti in possesso dei requisiti per Health Safety Net o per altri programmi pubblici applicabili, l'Ospedale potrà offrire al paziente/garante un accordo per ripartire i pagamenti su un arco di tempo esteso.

L'Ospedale offrirà ai pazienti con un saldo di \$1.000 o inferiore, dopo il primo acconto, almeno un piano di pagamento di un anno senza interessi con versamento mensile minimo non superiore a \$25. Ai pazienti con un saldo superiore a \$1.000, dopo il primo acconto, sarà offerto un piano di pagamento senza interessi di almeno due anni. In circostanze straordinarie, le richieste di piani di pagamento oltre i due anni verranno valutate caso per caso. L'Ospedale non richiederà alcun piano di pagamento ai pazienti che sono totalmente esenti da azioni di riscossione in base alla presente Politica in materia di crediti e riscossioni.

L'Ospedale e le sue sedi subordinate autorizzate, tra cui il Martha Eliot Health Center, non offrono piani di pagamento deducibili ai pazienti idonei per il programma Health Safety Net – Partial.

D. Autorità per l'approvazione delle rettifiche ai conti: le rettifiche amministrative ai conti e i rimborsi a pazienti/garanti o ad altri pagatori in base agli importi riportati di seguito potranno essere autorizzati dalle seguenti figure:

1. Fino a \$1.000: Supervisore dell'ufficio Patient Financial Services
2. Fino a \$10.000: Amministratore dell'ufficio Patient Financial Services
3. Fino a \$50.000: Direttore dell'ufficio Patient Financial Services
4. \$50.000 e oltre: Direttore finanziario (CFO)

VIII. Pratiche di fatturazione e riscossione e determinazione del credito irrecuperabile

L'Ospedale applica le stesse misure continue di fatturazione e riscossione a tutti i conti dei pazienti non assicurati così come ai conti di qualsiasi altro tipo di paziente.

A. Determinazione delle prestazioni accettabili. L'Ospedale segue le regole e le linee guida emanate dal Commonwealth of Massachusetts nell'amministrazione dell'ammissibilità degli indennizzi di Health Safety Net e degli altri programmi di assistenza pubblica.

L'Ospedale osserva la conformità ai requisiti di fatturazione applicabili, comprese le disposizioni del Dipartimento della salute pubblica (Department of Public Health, 105 CMR 130.332) per il mancato pagamento di specifiche prestazioni o di nuovi ricoveri che l'Ospedale considera conseguenti a un Evento grave da segnalare (Serious Reportable Event, SRE). Gli SRE che non si verificano in Ospedale sono esclusi da questa definizione di mancato pagamento. L'Ospedale inoltre non richiede pagamenti a un Paziente indigente ritenuto ammissibile al programma Health Safety Net i cui indennizzi siano stati inizialmente negati da un programma assicurativo a causa di un errore amministrativo di fatturazione da parte dell'Ospedale. L'Ospedale gestisce altresì tutte le informazioni in conformità con le leggi federali e statali applicabili in materia di privacy, sicurezza e furto di identità.

B. Pazienti/Garanti esenti da azioni di riscossione: l’Ospedale non addebita né si impegna diversamente in azioni di riscossione nei confronti di un paziente che afferma di essere:

1. Iscritto a MassHealth, beneficiario di sussidi in base al programma di aiuti di emergenza offerti ad anziani, disabili e minori (Emergency Aid to the Elderly, Disabled and Children) o partecipante del programma Healthy Start (salvo per il fatto che l’Ospedale possa addebitare a tali pazienti i ticket e le franchigie richiesti in base a questi programmi di assistenza). L’Ospedale può iniziare ad addebitare le spese a un paziente che asserisce di essere partecipante di uno di questi programmi, ma che non fornisce alcuna prova di tale partecipazione; al ricevimento delle prove (come la consegna o la verifica di una domanda firmata), l’Ospedale cesserà le attività di riscossione.
2. Un partecipante del piano di sicurezza sanitaria pediatrica (Children’s Medical Security Plan, CMSP) il cui reddito familiare è pari o inferiore al 400% della Soglia federale di povertà indicata nelle direttive sul reddito (Federal Poverty Income Guidelines). L’Ospedale può iniziare ad addebitare le spese a un paziente che asserisce di essere partecipante del CMSP, ma che non fornisce alcuna prova di tale partecipazione; al ricevimento delle prove (come la consegna o la verifica di una domanda firmata), l’Ospedale cesserà le attività di riscossione.
3. Un Paziente indigente è esente dall’azione di riscossione per le Prestazioni accettabili ricevute durante il periodo in cui è stata determinata la sua condizione di Paziente indigente (ad eccezione dei ticket e delle franchigie relativi a tali Prestazioni accettabili). L’Ospedale potrà continuare ad addebitare ai Pazienti indigenti le spese per le Prestazioni accettabili fornite prima della determinazione della loro condizione di Pazienti indigenti, ma solo dopo che il loro primo status di Paziente indigente è scaduto o è stato sospeso.
4. Un Paziente indigente con reddito familiare compreso tra il 201 e il 400% della FPL è esente da azioni di riscossione per la parte di fattura che supera la franchigia, tuttavia gli potranno essere addebitati gli importi del ticket e della franchigia compatibilmente con le norme statali.
5. Un paziente o una famiglia in possesso dei requisiti per l’Esenzione per disagio nelle spese mediche, per quanto attiene all’importo della fattura che supera il contributo dell’esenzione (come calcolato in base alle norme applicabili). Se un indennizzo già presentato come Credito irrecuperabile per prestazioni di emergenza diventa ammissibile per il pagamento dell’Esenzione per disagio nelle spese mediche da parte di Health Safety Net, l’Ospedale cesserà l’attività di riscossione nei confronti del paziente per tali prestazioni.

I Pazienti indigenti non sono esenti dalle azioni di riscossione per prestazioni diverse dalle Prestazioni accettabili che vengono fornite su richiesta del paziente o del garante e per le quali il paziente o il garante abbia accettato la responsabilità. L’Ospedale dovrà ottenere il consenso scritto del paziente o del garante alla fatturazione di tali prestazioni.

C. Fatturazione iniziale: ad eccezione dei pazienti esenti dall’azione di riscossione specificata in precedenza, l’Ospedale fornirà una prima fattura al paziente/garante o a una specifica terza parte. La parte di conto di cui il paziente/garante è responsabile e che gli verrà addebitata esclude l’importo coperto da Health Safety Net e la parte eccedente l’Esenzione per disagio nelle spese mediche, a seconda dei casi.

D. Azioni successive di riscossione: l’Ospedale ricorre ad agenzie esterne per le attività di riscossione verso i conti pagati autonomamente dal paziente, e impone a tali agenzie il rispetto degli standard specificati nelle politiche sulle pratiche di riscossione dell’ufficio Patient Financial Services dell’Ospedale in vigore di volta in volta, che devono essere compatibili con la presente Politica in materia di crediti e riscossioni. Tutti i conti pagati autonomamente dal paziente saranno soggetti ad attività continua di riscossione e saranno interessati da un minimo di tre azioni di riscossione. Le azioni di riscossione da parte dell’Ospedale o del suo agente incaricato possono includere, ma non sono limitate alle seguenti:

1. Prima fattura
2. Estratti conto (spediti ogni 30 giorni a partire dalla determinazione di responsabilità autonoma nei pagamenti)
3. Lettera di sollecito (spedita per posta prioritaria o raccomandata)
4. Contatti telefonici
5. Incontri con il garante o con altra persona responsabile

E. Posta rinviata al mittente: i conti la cui posta è rinviata al mittente saranno oggetto di indagine per individuare il paziente e/o il garante. Gli sforzi per ottenere un indirizzo aggiornato saranno, come minimo:

1. Verifica di tutti i registri interni e degli appuntamenti per stabilire se è documentato un indirizzo più recente;
2. Contatto di parenti o amici conosciuti; e
3. Verifica dell’elenco telefonico corrente.

L’Ospedale potrà affidare ad agenzie esterne le attività di rintracciamento. Verrà conservata una documentazione degli sforzi compiuti per localizzare i responsabili dell’onere.

F. Insolvenze: al ricevimento della notifica legale dell’insolvenza del paziente/garante, cesseranno tutte le attività di riscossione e il conto verrà liquidato. I casi di insolvenza non sono ammissibili e non saranno sottoposti a Health Safety Net.

G. Determinazione del credito irrecuperabile: una volta che i tentativi ragionevoli di riscossione non sono riusciti a produrre il pagamento delle spese, il saldo del conto potrà essere classificato come credito irrecuperabile secondo la presente Politica in materia di crediti e riscossioni e qualsiasi altra politica applicabile degli uffici finanziari (che non dovrà essere incompatibile con la presente Politica in materia di crediti e riscossioni).

Condizioni per la determinazione immediata del credito irrecuperabile: se si ottengono informazioni per designare un conto come credito irrecuperabile in qualsiasi momento durante il processo di riscossione successivo, il conto potrà essere immediatamente considerato come credito irrecuperabile senza alcuna ulteriore azione di riscossione. In questa categoria rientrano:

1. I tentativi senza successo di identificare la causa della mancata consegna della posta che viene restituita come non recapitata. I conti con “indirizzo errato” o non recapitabile sono classificati per le operazioni successive dal personale addetto al recapito dell’ufficio Patient Financial Services e sottoposti a ricerca dell’indirizzo o del contatto corretto prima di portare il conto nello stato di credito irrecuperabile. Le attività successive vengono documentate.
2. I tentativi senza successo di identificare un numero di telefono attivo una volta che quello del paziente/ garante è stato disattivato.

3. La notifica scritta o verbale della riluttanza o del rifiuto di pagare del paziente/garante.
4. La consegna di una nota ufficiale da parte di una compagnia assicurativa in cui si conferma il pagamento delle prestazioni al sottoscrittore, e almeno un tentativo non riuscito di contattare il paziente/garante dopo tale notifica.

H. Fatturazione del credito irrecuperabile per prestazioni di emergenza a Health Safety Net: oltre a seguire le pratiche di riscossione esposte in precedenza, l'Ospedale invierà una lettera raccomandata a quei pazienti (ad eccezione dei pazienti i cui avvisi sono ritornati al mittente come "non recapitati" o per "indirizzo errato") con saldo insoluto superiore a \$1.000 per prestazioni di emergenza e prestazioni correlate prima di fatturare il saldo a Health Safety Net. Il saldo del conto sarà fatturato a Health Safety Net solo dopo che è rimasto insoluto per più di 120 giorni dalla data del primo avviso di fattura; i tentativi ragionevoli di riscossione compiuti durante tale periodo saranno documentati nel fascicolo finanziario del paziente. Nel caso di prestazioni fornite a un paziente non assicurato, il personale dell'ufficio Patient Financial Services confermerà attraverso il sistema EVS di MassHealth e/o il Virtual Gateway che il paziente non possiede i requisiti o non ha presentato una richiesta per il programma MassHealth e non è un Paziente indigente.

I. Criteri di autorizzazione del credito irrecuperabile: l'autorizzazione per classificare un conto come credito irrecuperabile varia in base all'importo delle spese in conto, come segue:

1. Fino a \$5.000: Supervisore dell'ufficio Customer Service/Self Pay
2. Fino a \$10.000: Amministratore dell'ufficio Customer Service/Self Pay
3. Fino a \$50.000: Direttore dell'ufficio Patient Financial Services
4. \$50.000 e oltre: Direttore finanziario (CFO)

J. Azioni straordinarie di riscossione coatta e adempimento legale: in generale, l'Ospedale non intraprende "azioni straordinarie di riscossione coatta". Le azioni straordinarie di riscossione coatta comprendono la vendita del debito a un altro fornitore, la segnalazione di informazioni negative su un soggetto a un'agenzia di recupero crediti o una centrale rischi, il rinvio, il rifiuto oppure la richiesta di pagamento prima di prestare le cure mediche necessarie a causa del mancato pagamento di una o più fatture da parte di un soggetto per cure prestate in precedenza secondo la Politica di sostegno finanziario dell'Ospedale, l'ipoteca o il pignoramento della residenza personale o del veicolo di proprietà di un soggetto, il sequestro conservativo degli stipendi e/o la promozione di una causa civile. Qualsiasi decisione di attuare azioni straordinarie di riscossione coatta richiederà il voto del Consiglio di amministrazione. L'Ospedale e i suoi agenti saranno tenuti a dimostrare al Consiglio di amministrazione di aver compiuto ogni tentativo possibile per determinare l'idoneità di un paziente al sostegno in base alla Politica di sostegno finanziario prima di raccomandare un'azione straordinaria di riscossione coatta. Le azioni straordinarie di riscossione coatta non saranno avviate fino ad almeno 120 giorni dalla data in cui l'Ospedale abbia fornito il primo estratto conto di spesa per le cure dopo le dimissioni; inoltre l'Ospedale dovrà dare dimostrazione di aver fornito al paziente una notifica scritta sulla disponibilità di sostegno finanziario almeno 30 giorni prima dell'attuazione. La notifica scritta dovrà inoltre indicare l'attività straordinaria di riscossione coatta che l'Ospedale intende avviare, così come la data di inizio dell'attività. Se le azioni straordinarie di riscossione coatta sono già in atto, l'Ospedale sospenderà ogni azione nel caso in cui riceva una Richiesta di sostegno finanziario, per rendere possibile un periodo di verifica non superiore a 30 giorni.

Prima di sollecitare l'adempimento legale, l'Ospedale e i suoi agenti faranno tutto il possibile per determinare l'idoneità di un paziente al sostegno in base alla Politica di sostegno finanziario. Un tentativo ragionevole dovrà essere la notifica scritta della disponibilità di sostegno finanziario che dovrà comprendere una scadenza oltre la quale potrà essere avviato l'adempimento legale. Detta scadenza non potrà essere anteriore a 30 giorni dalla notifica. L'adempimento legale non sarà avviato fino ad almeno 120 giorni dalla data in cui l'Ospedale abbia fornito il primo estratto conto di spesa per le cure dopo le dimissioni.

K. Documentazione: l'Ospedale documenterà l'attività svolta nel classificare e segnalare un conto come credito irrecuperabile. Poiché l'Ospedale adotta un sistema "elettronico" per la gestione dei conti dei pazienti in regime di degenza e ambulatoriale, la documentazione delle attività per queste prestazioni potrà essere gestita nel sistema informatico dell'Ospedale sotto forma di note informative invece che su carta.

L. Incidenti automobilistici: l'Ospedale inoltrerà una richiesta di indennizzo per Prestazioni accettabili fornite a un Paziente indigente ferito in un incidente automobilistico solo se (1) avrà appurato che il paziente, il conducente e/o il proprietario dell'altro veicolo era in possesso di una assicurazione RC auto; (2) avrà compiuto ogni tentativo possibile per ottenere dal paziente le informazioni sul pagatore terzo; (3) avrà conservato prova di tali tentativi, compresa la documentazione delle telefonate e delle lettere spedite al paziente; e (2) ove applicabile, avrà inoltrato correttamente una richiesta di risarcimento alla compagnia assicurativa del veicolo. Per gli incidenti automobilistici e per tutti gli altri recuperi di indennizzi precedentemente fatturati a Health Safety Net, l'Ospedale renderà ogni recupero all'ufficio Health Safety Net. Il recupero sarà detratto dall'indennizzo per le Prestazioni accettabili.

IX. Diritti e doveri del paziente

- A. L'Ospedale dovrà informare i pazienti del diritto a:
1. Richiedere il programma MassHealth, Commonwealth Care, la determinazione di Paziente indigente e l'Esenzione per disagio nelle spese mediche; e
 2. Un piano di pagamento, come descritto nella presente Politica in materia di crediti e riscossioni e nelle norme applicabili, se il paziente risulta avere i requisiti di Paziente indigente o ha diritto all'Esenzione per disagio nelle spese mediche.
- B. Un paziente che riceve Prestazioni accettabili deve:
1. Fornire tutta la documentazione richiesta;
 2. Informare MassHealth di qualsiasi variazione sopraggiunta nel reddito familiare o nella condizione assicurativa, compresi, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, reddito, eredità, donazioni e dividendi da fondi, disponibilità dell'assicurazione sanitaria e di un'assicurazione di responsabilità civile. Il paziente potrà, in alternativa, fornire tale comunicazione all'Ospedale; e
 3. Tenere sotto controllo la franchigia e fornire all'Ospedale la documentazione relativa al raggiungimento del limite di franchigia quando a più di un familiare è riconosciuta la condizione di Paziente indigente o se il paziente o i suoi familiari ricevono Prestazioni accettabili da più di un fornitore; e

4. Informare la Divisione di politica e finanza delle cure sanitarie (Division of Health Care Finance and Policy) o MassHealth se viene coinvolto in un incidente o soffre di una malattia o un infortunio, o altri danni che hanno comportato o possono comportare una causa legale o una richiesta di risarcimento assicurativo. Il paziente dovrà:

a. Presentare una richiesta di risarcimento;

b. Accettare di osservare tutti i requisiti della M.G.L. ch. 118G, tra cui, a titolo esemplificativo ma non esaustivo:

(1) la cessione alla Divisione del diritto di recuperare un importo pari al pagamento Health Safety Net ottenuto dai proventi di un indennizzo o da altro procedimento nei confronti di terzi;

(2) la fornitura di informazioni sull'indennizzo o su qualsiasi altro procedimento, e la piena collaborazione con la Divisione o il suo terzista, a meno che la Divisione non stabilisca che la collaborazione andrebbe contro l'interesse del paziente o cagionerebbe un danno grave o un'alterazione emotiva al paziente;

(3) la comunicazione in forma scritta alla Divisione o a MassHealth entro 10 giorni della presentazione di una richiesta di indennizzo, di un'azione civile o di un altro procedimento; e

(4) il rimborso a Health Safety Net del denaro ricevuto da terzi per tutte le prestazioni accettabili Health Safety Net fornite alla data del sinistro o di altro incidente o in data successiva dopo essere diventato Paziente indigente per le finalità di pagamento Health Safety Net; saranno rimborsati solo i pagamenti Health Safety Net effettuati in conseguenza del sinistro o di altro incidente.

c. La Divisione recupererà le somme direttamente da un paziente solo nella misura in cui il paziente abbia ricevuto un versamento da terzi per le cure mediche pagate da Health Safety Net ovvero nella misura specificata all'articolo 101 CMR 613.06(5).