

## Politica di sostegno finanziario

### Scopo

La presente Politica di sostegno finanziario (Financial Assistance Policy, FAP) descrive il sostegno finanziario e i servizi di consulenza finanziaria che possono essere messi a disposizione dei pazienti della Children's Hospital Corporation, operante come Boston Children's Hospital (l'“Ospedale”), e delle relative Fondazioni mediche (le “Fondazioni”) in possesso dei requisiti che ricevono prestazioni nelle sedi dell'Ospedale o delle Fondazioni dove sono reperibili sistemi di supporto e personale amministrativo incaricato, nonché la procedura per richiedere tale sostegno e tali servizi. Conformemente a quanto descritto nella presente Politica di sostegno finanziario, è disponibile un elenco degli studi medici, delle sedi e di altri ambiti dell'Ospedale e delle Fondazioni che forniscono Prestazioni di emergenza e Prestazioni mediche necessarie per le quali è offerto sostegno finanziario in base alla presente Politica.

### Dichiarazioni della Politica

1. L'impegno dell'Ospedale e delle Fondazioni è di rappresentare una risorsa per i bambini bisognosi di cure, indipendentemente dalla disponibilità economica.
2. La presente Politica si applica a tutte le Prestazioni di emergenza e le altre Prestazioni mediche necessarie (vedere definizione più avanti) dispensate dall'Ospedale e dalle Fondazioni. Le Prestazioni di emergenza e le altre Prestazioni mediche necessarie non comprendono le procedure cosmetiche elettive.
3. L'Ospedale dispenserà Prestazioni di emergenza a tutti i pazienti senza discriminazione e senza tener conto della possibile idoneità del paziente al sostegno in base alla presente Politica. 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 Prestazioni di emergenza.
4. L'Ospedale e le Fondazioni, attraverso l'unità di consulenza finanziaria (Financial Counseling unit) dell'Ospedale, assisteranno ove possibile i pazienti/Garanti (vedere definizione più avanti) nella compilazione delle richieste di adesione ai programmi pubblici o dell'Ospedale disponibili, compresi MassHealth ed altri programmi Medicaid, ConnectorCare e Health Safety Net.
5. L'Ospedale e le Fondazioni potranno fornire sostegno finanziario ai pazienti che soddisfano i criteri di idoneità, come definito più avanti nella presente Politica.

6. L'Ospedale e le Fondazioni (a) si asterranno dal tentare di riscuotere il pagamento delle Prestazioni di emergenza e delle Prestazioni mediche necessarie (vedere definizione più avanti) da pazienti che sono esenti dall'azione di riscossione in base alla Politica in materia di crediti e riscossioni dell'Ospedale, (b) rimborseranno eventuali riscossioni percepite da tali pazienti per le Prestazioni di emergenza e le Prestazioni mediche necessarie, e (c) si scambieranno le informazioni sulla copertura assicurativa e sull'idoneità dei pazienti ai programmi pubblici o dell'Ospedale.
7. L'Ospedale, conformemente alla Politica in materia di crediti e riscossioni, potrà estendere gli sconti su base individuale ad altri casi oltre quelli descritti nella presente Politica di sostegno finanziario al fine di riconoscere i casi singolari di difficoltà economica.
8. Le Fondazioni potranno adottare ulteriori politiche di sostegno finanziario riguardanti i pazienti che ricevono prestazioni da una Fondazione in una sede non affiliata all'Ospedale (ad es., i pazienti le cui prestazioni non sono prenotate nei sistemi informatici dell'Ospedale).
9. Il mancato rispetto delle procedure delineate nel presente documento può comportare il ritardo o il rifiuto del sostegno finanziario da parte dell'Ospedale o delle Fondazioni.

## Definizioni

**Importi normalmente addebitati (Amounts Generally Billed, AGB):** importi normalmente addebitati per Prestazioni di emergenza o Prestazioni mediche necessarie dispensate a pazienti che possiedono una copertura di un Piano sanitario privato (vedere definizione più avanti) o sono coperti in base ai programmi Medicaid o Medicare. Gli AGB verranno calcolati ricorrendo a un metodo di riferimento retroattivo ("Look-Back"), conformemente alle disposizioni di 26 CFR Sezione 1.50(r)-5(b)(3)(ii)(C), e come descritto più in dettaglio nella presente Politica di sostegno finanziario, nella sezione dal titolo "Limitazione alle spese".

**Prestazioni di emergenza:** Prestazioni mediche necessarie dispensate dopo la comparsa di una 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 1395dd(e)(1)(B) della Social Security Act, 42 USC.

**Direttive sulle soglie federali di povertà (Federal Poverty Guidelines, FPG):** soglie di reddito pubblicate ogni anno dal Dipartimento della salute e dei servizi sociali degli Stati Uniti (United States Department of Health and Human Services).

**Garante:** persona o gruppo di persone, inclusi a titolo esemplificativo ma non esaustivo, genitori, tutori legali ed altri familiari del paziente, che assume/assumono

la responsabilità del pagamento totale o parziale delle spese per prestazioni dispensate dall'Ospedale o dalle Fondazioni.

**Oneri a carico del paziente assicurato:** tutti i ticket, le coassicurazioni e le franchigie che il paziente/Garante è tenuto a pagare in base ai termini del Piano sanitario privato o del Programma pubblico di assistenza sanitaria (vedere definizione più avanti) a cui il paziente è iscritto o per il quale possiede i requisiti.

**MassHealth MAGI:** acronimo di Modified Adjusted Gross Income; modifica del reddito lordo rettificato utilizzata per determinare l'idoneità a MassHealth, inclusi, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, gli intervalli di tempo applicabili per quantificare il reddito MAGI allo scopo di determinare l'idoneità a MassHealth.

**Prestazioni mediche necessarie:** prestazioni il cui fine è prevenire, diagnosticare, impedire il peggioramento, alleviare, correggere o curare condizioni che mettono in pericolo la vita, provocano sofferenza o dolore, producono deformità o disfunzioni fisiche, minacciano di provocare o aggravare una disabilità o causano malattia o infermità.

**Prestazioni non coperte:** le Prestazioni non coperte comprendono le prestazioni (a) non incluse come sussidi coperti/prestazioni accettabili in base alla copertura del Piano sanitario privato o al Programma pubblico di assistenza sanitaria del paziente, per le quali il paziente è finanziariamente responsabile nei confronti del fornitore (o fornitori) di tali prestazioni; (b) incluse come sussidi coperti/prestazioni accettabili, ma che sono fornite una volta che il paziente ha esaurito tutti i sussidi previsti dalla copertura del suo Piano sanitario privato o Programma pubblico di assistenza sanitaria; e (c) che sono dispensate da un fornitore non convenzionato dal piano sanitario/programma del paziente. Le Prestazioni non coperte non comprendono le Prestazioni di emergenza.

**Altri finanziamenti:** comprendono altre risorse e fonti di finanziamento sostenute da, a disposizione o a beneficio del paziente/Garante, che possono essere utilizzate per pagare le cure del paziente e procurate, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, attraverso organizzazioni benefiche, da parenti, amici ed altri soggetti terzi e da fondi fiduciari (compresi i fondi resi disponibili in base al finanziamento collettivo e ad altri metodi di raccolta fondi simili).

**Bacino d'utenza principale:** Massachusetts, Connecticut, Maine, New Hampshire, Rhode Island, Vermont e New York, ad esclusione dell'area metropolitana di New York.

**Piano sanitario privato:** copertura delle prestazioni sanitarie dispensate in base all'assicurazione sanitaria, al piano sanitario o altra copertura oppure in base ad altro piano, finanziamento o fondo sanitario o di assistenza sociale istituito allo scopo di pagare, o in alternativa di assolvere il pagamento delle prestazioni sanitarie dispensate a quanti sono iscritti, rientrano o possiedono i requisiti per tale assicurazione, piano o programma.

**Programmi pubblici di assistenza sanitaria:** programmi istituiti da un'amministrazione statale o federale per pagare o in alternativa per assolvere il costo delle prestazioni sanitarie coperte/accettabili dispensate ai pazienti che

soddisfano i criteri di idoneità del programma. Tra i Programmi pubblici di assistenza sanitaria sono inclusi, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, MassHealth, Health Safety Net, i piani sovvenzionati offerti in base all’Affordable Care Act, come i piani ConnectorCare, il Children’s Health Insurance Program (CHIP), altri programmi Medicaid e Medicare.

## **Criteri di idoneità al sostegno finanziario**

In generale, per risultare idonei al sostegno finanziario in base alla presente Politica di sostegno finanziario, i pazienti devono soddisfare i seguenti criteri:

1. Le prestazioni da dispensare al paziente devono essere Prestazioni mediche necessarie;
2. Il paziente deve risiedere nel Bacino d’utenza principale dell’Ospedale;
3. Il reddito MassHealth MAGI del paziente non può superare il 400% delle FPG in relazione alla composizione del nucleo familiare del paziente;
4. Il paziente/Garante non dispone di Altri finanziamenti per pagare le Prestazioni mediche necessarie;
5. Il paziente/Garante deve incontrare i consulenti finanziari dell’Ospedale i quali dovranno stabilirne l’idoneità o il possesso dei requisiti per ottenere la copertura di un Piano sanitario privato o per aderire a Programmi pubblici di assistenza sanitaria;
6. Se i consulenti finanziari dell’Ospedale ne accertano l’idoneità al sostegno finanziario, il paziente/Garante deve presentare richiesta di tale copertura o programma e fornire la documentazione necessaria per essere ammesso a tale copertura o programma, o presentare ai consulenti finanziari dell’Ospedale la documentazione che dimostra la presentazione delle domande di adesione e dei documenti qualificanti ai Piani sanitari privati, alle agenzie governative e alle altre entità applicabili appropriate;
7. Il paziente non è iscritto/non possiede i requisiti, ne è stata accertata la non idoneità a tale copertura e/o non ha sospeso tale copertura/iscrizione/qualifica nei precedenti sessanta (60) giorni; e
8. Il paziente/Garante deve compilare e presentare il modulo di Richiesta di sostegno finanziario dell’Ospedale e fornire ai consulenti finanziari dell’Ospedale tutta la documentazione richiesta in base a tale presentazione.

Se il paziente è iscritto o possiede i requisiti per la copertura di un Piano sanitario privato o per un Programma pubblico di assistenza sanitaria, non può essere concesso il sostegno finanziario per ridurre gli importi dovuti in relazione a eventuali Prestazioni non coperte dispensate al paziente; detto ciò, può essere concesso il sostegno finanziario per prestazioni per le quali l’Ospedale o le Fondazioni sono considerate fuori convenzione in base alla copertura del Piano sanitario privato o al Programma pubblico di assistenza sanitaria, ma solo se l’Ospedale e/o le Fondazioni, a seconda dei casi, determinano l’assenza di fornitori convenzionati dal piano sanitario/programma del paziente in grado di fornire le cure specialistiche necessarie per trattare la condizione medica del paziente.

Il sostegno finanziario inoltre non viene concesso per ridurre l'importo degli Oneri a carico del paziente assicurato. Tuttavia, se il paziente risultasse in possesso dei requisiti per il sostegno finanziario secondo i termini della presente Politica di sostegno finanziario, verrebbero applicate agli Oneri a carico del paziente assicurato le disposizioni indicate più avanti relative agli Importi normalmente addebitati (AGB).

## Sostegno finanziario disponibile

Se si accerta che il paziente ha soddisfatto i criteri di idoneità per il sostegno finanziario secondo i termini della presente Politica, potrà essere concesso il sostegno finanziario per ridurre il costo delle Prestazioni di emergenza e di altre Prestazioni mediche necessarie, in base al reddito MassHealth MAGI del paziente. Lo sconto seguente verrà applicato al costo delle Prestazioni di emergenza e di altre Prestazioni mediche necessarie, in base al reddito MassHealth MAGI del paziente; detto ciò, il sostegno finanziario e tale sconto non si applicano: (a) a un Piano sanitario privato o ad altri pagamenti sostenuti da pagatori terzi, inclusi, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, quelli previsti dai Programmi pubblici di assistenza sanitaria; (b) all'importo totale di tutti gli Oneri a carico del paziente assicurato; (c) all'assistenza governativa; (d) ai pagamenti di richieste di risarcimento; e (e) a tutti gli Altri finanziamenti a disposizione del paziente/Garante, come i pagamenti effettuati da organizzazioni benefiche, fonti di finanziamento collettivo, contributi di familiari, amici o altri soggetti terzi, etc.:

<b>Reddito MassHealth MAGI:</b>	<b>Sconto sulle spese lorde</b>
0%-400% delle FPG	100%
>400% delle FPG	0%*

\*Se il paziente non è assicurato, gli può essere concesso un apposito sconto, secondo la Politica di sconti ai pazienti non assicurati dell'Ospedale e delle Fondazioni.

## Consulenza finanziaria

1. L'Ospedale, attraverso i suoi consulenti finanziari, assisterà i pazienti dell'Ospedale e delle Fondazioni e i loro Garanti nel processo di compilazione delle richieste di adesione ai programmi di sostegno finanziario dell'Ospedale, alla copertura del Piano sanitario privato e/o ai Programmi pubblici di assistenza sanitaria.
2. Saranno offerti servizi di consulenza finanziaria ai seguenti pazienti: ad ogni paziente che (a) risulti registrato nel sistema di prenotazione e registrazione dell'Ospedale come non assicurato; e che (b) richieda sostegno finanziario.
  - Il personale dell'Ospedale e delle Fondazioni addetto alla prenotazione, registrazione e fatturazione fornirà a tali pazienti e/o ai loro Garanti le informazioni necessarie per ottenere i servizi di consulenza finanziaria.

- Cartelli che annunciano la disponibilità di tali servizi e descrivono le modalità per ottenerli saranno affissi nelle aree di accettazione dei pazienti e in altri punti, compresi, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, le aree di accettazione/registrazione dei reparti di degenza, dei reparti ambulatoriali e del pronto soccorso.
  - Le fatture per i pazienti dell’Ospedale e delle Fondazioni includeranno le informazioni sulla disponibilità di questi servizi e sulle modalità per accedervi.
3. Il personale della consulenza finanziaria assisterà i pazienti e/o i Garanti:
- Nella richiesta di adesione o nella presentazione di un’ulteriore richiesta di adesione alla copertura del Piano sanitario privato, ai Programmi pubblici di assistenza sanitaria e/o ad altri programmi di sostegno finanziario disponibili.
  - Nell’individuazione e ricorso ad altre fonti e risorse per la copertura/il sostegno finanziario.
  - Nell’interpretazione della Politica di sconti ai pazienti non assicurati dell’Ospedale e delle Fondazioni e nelle procedure da seguire per richiedere questi sconti.
  - Nella fornitura delle informazioni per contattare gli uffici di fatturazione dell’Ospedale e delle Fondazioni.

I consulenti finanziari dell’Ospedale sono inoltre disponibili ad assistere quanti non sono pazienti dell’Ospedale o delle Fondazioni nella presentazione di richieste di assistenza pubblica.

## **Procedure di sostegno finanziario**

1. Un paziente/Garante che non è assicurato o che richiede il sostegno finanziario sarà indirizzato a un consulente finanziario dell’Ospedale per la determinazione della disponibilità/dell’idoneità alla copertura del Piano sanitario privato, ai Programmi pubblici di assistenza sanitaria o ai programmi di sostegno finanziario dell’Ospedale.
2. I pazienti che non risultano avere i requisiti per i Programmi pubblici di assistenza sanitaria o per la copertura del Piano sanitario privato possono presentare richiesta di sostegno finanziario compilando l’apposito modulo di richiesta dell’Ospedale e fornendo tutta la documentazione e gli elementi di verifica descritti nel Modulo di richiesta del sostegno finanziario. Il modulo può essere scaricato dal sito web dell’Ospedale e può essere distribuito anche per posta o di persona. I dettagli su come accedere alla copia del Modulo di richiesta di sostegno finanziario sono reperibili nella sezione della presente Politica di sostegno finanziario dal titolo “Pubblicazione/Disponibilità della Politica di sostegno finanziario, della Politica di sconti ai pazienti non assicurati, della Politica in materia di crediti e riscossioni e del Calcolo degli importi normalmente addebitati”. A corredo del Modulo di richiesta di sostegno finanziario vi sono le istruzioni per la compilazione.
3. In alcune circostanze, l’Ospedale può ritenere l’iscrizione di un paziente a un Programma pubblico di assistenza sanitaria verificato come conferma presunta

dell'idoneità del paziente al sostegno finanziario per le prestazioni per le quali gli può essere concesso il sostegno in base alla presente Politica.

4. Le informazioni raccolte saranno fornite a un direttore incaricato dell'ufficio Servizi finanziari per i pazienti (Patient Financial Services) per la determinazione della disponibilità/idoneità al sostegno finanziario in base ai termini della presente Politica di sostegno finanziario.
5. I pazienti/Garanti a cui verrà concesso il sostegno finanziario ne riceveranno comunicazione per iscritto da parte del personale dell'ufficio Patient Financial Services.
6. Le determinazioni di idoneità saranno valide per 12 mesi dalla data di determinazione e si applicheranno a tutte le prestazioni aggiuntive per le quali può essere concesso il sostegno finanziario in base alla presente Politica, a meno che l'Ospedale non determini che il paziente si sia iscritto o sia risultato idoneo alla copertura del Piano sanitario privato o a un Programma pubblico di assistenza sanitaria.
7. I conti saranno rettificati con lo sconto al sostegno finanziario dell'Ospedale e della Fondazione in questione. Lo sconto sarà applicato alle spese lorde.
8. I pazienti/Garanti possono ricevere assistenza nell'interpretazione della Politica di sostegno finanziario e nella compilazione del Modulo di richiesta di sostegno finanziario chiamando i consulenti finanziari al numero (617) 355-7201 e/o chiedendo assistenza di persona o per posta tramite la Divisione di consulenza finanziaria (Financial Counseling Division) del Dipartimento dei servizi finanziari per i pazienti presso il Boston Children's Hospital, 300 Longwood Avenue, Boston, MA, 02115, Farley Building, stanza 160.

## Limitazione alle spese

1. Ai pazienti in possesso dei requisiti per il sostegno finanziario in base alla presente Politica non saranno addebitati altri costi oltre gli AGB addebitati ai pazienti provvisti di copertura assicurativa per Prestazioni di emergenza o altre Prestazioni mediche necessarie dispensate dall'Ospedale. Per tutte le altre prestazioni potrebbe essere applicata la Politica di sconti ai pazienti non assicurati dell'Ospedale.
2. L'Ospedale calcolerà gli AGB ricorrendo a un metodo di riferimento retroattivo ("Look- Back"). Ogni anno fiscale, l'Ospedale determinerà una percentuale di AGB unica, calcolata come indicato nel Calcolo degli importi normalmente addebitati ("Calcolo degli AGB"), conformemente alle disposizioni di 26 CFR Sezione 1.501(r)-5(b)(3)(ii)(C).

## Pazienti esenti da azioni di riscossione

Conformemente alla propria Politica in materia di crediti e riscossioni, l'Ospedale e le Fondazioni esenteranno alcuni pazienti da azioni di riscossione. I pazienti esentati dalle azioni di riscossione e le azioni che l'Ospedale può intraprendere in caso di mancato pagamento sono descritti nella Politica in materia di crediti e riscossioni.

## **Pubblicazione/Disponibilità della Politica di sostegno finanziario, della Politica di sconti ai pazienti non assicurati, della Politica in materia di crediti e riscossioni e del Calcolo degli importi normalmente addebitati**

1. Pazienti, Garanti e qualsiasi altro cittadino possono ottenere gratuitamente una copia della presente Politica di sostegno finanziario, della Politica di sconti ai pazienti non assicurati, della Politica in materia di crediti e riscossioni e del Calcolo degli importi normalmente addebitati in uno dei seguenti modi:
  - a. Pubblicazione in Internet: la Politica di sostegno finanziario dell’Ospedale e delle Fondazioni e il relativo riepilogo in forma semplificata sono disponibili online sul sito: [www.childrenshospital.org/financialassistance](http://www.childrenshospital.org/financialassistance).
  - b. Sportelli per il pubblico: copie cartacee della (i) Politica di sostegno finanziario e del relativo riepilogo in forma semplificata, (ii) del Calcolo degli importi normalmente addebitati, (iii) della Politica in materia di crediti e riscossioni e (iv) della Politica di sconti ai pazienti non assicurati dell’Ospedale e delle Fondazioni sono disponibili presso la struttura ospedaliera all’indirizzo 300 Longwood Avenue, Boston, MA, Farley Building, stanza 160.
  - c. A mezzo posta: è possibile richiedere una copia per posta chiamando il Patient Financial Services Customer Support al numero (617)-355-3397 e/o il Patient Financial Counseling al numero 617-355-7201.
2. La presente Politica di sostegno finanziario e il relativo riepilogo in forma semplificata, il modulo di richiesta, la Politica in materia di crediti e riscossioni, la Politica di sconti ai pazienti non assicurati e il Calcolo degli importi normalmente addebitati sono tradotti in più lingue per venire incontro a quanti hanno una limitata conoscenza della lingua inglese.
3. Comunicazione sul posto: l’Ospedale farà tutto il possibile per comunicare la disponibilità del sostegno finanziario attraverso vari metodi.
  - a. Nelle aree di accettazione saranno affissi dei cartelli con informazioni riguardanti la disponibilità di sostegno finanziario.
  - b. Manifesti o altre misure ragionevolmente calcolate per attirare l’attenzione dei visitatori saranno affissi in modo chiaramente visibile in vari punti dell’Ospedale, tra cui, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, le aree di accettazione/registrazione dei reparti di degenza, delle cliniche e del pronto soccorso.
  - c. Copie della Politica e/o del riepilogo in forma semplificata saranno offerte a tutti i pazienti al momento del ricovero o durante la procedura di dimissione.

## **Documenti, politiche e programmi aggiuntivi/correlati**

1. Riepilogo in forma semplificata della Politica di sostegno finanziario



2. Modulo di richiesta di sostegno finanziario
3. Elenco dei fornitori che dispensano prestazioni di emergenza o altre prestazioni mediche necessarie
4. Calcolo degli importi normalmente addebitati
5. Politica in materia di crediti e riscossioni
6. Politica di sconti ai pazienti non assicurati
7. Programma di sostegno finanziario per pazienti internazionali

## Attributi del documento

<b>Titolo</b>	Politica di sostegno finanziario		
<b>Autori</b>	Thomas Pellegriti, direttore dell'ufficio per la conformità fiscale e normativa finanziaria (Tax and Financial Regulatory Compliance)	<b>Data di entrata in vigore</b>	
<b>Revisione/ correzione</b>	Vicepresidente dell'ufficio dei servizi finanziari per i pazienti (Patient Financial Services), Boston Children's Hospital Direttore finanziario (CFO), Boston Children's Hospital  Vicepresidente capo e consigliere generale, Boston Children's Hospital	<b>Date di revisione/ correzione:</b>	
<b>Approvazione</b>	<hr/> Consiglio di amministrazione del Boston Children's Hospital		