

Politica in materia di crediti e riscossioni

Scopo

La presente Politica descrive le pratiche di fatturazione, di riconoscimento del credito e di riscossione applicabili ai pazienti della Children's Hospital Corporation operante come Boston Children's Hospital (l'“Ospedale”). Conformemente a quanto descritto nella presente Politica in materia di crediti e riscossioni, è disponibile un elenco degli studi medici, delle sedi e di altri ambiti ospedalieri che forniscono Prestazioni di emergenza e Prestazioni mediche necessarie a cui si applica la presente Politica. Inoltre, alcune disposizioni di questa Politica in materia di crediti e riscossioni, come specificamente identificate nella presente Politica, si applicano alle prestazioni dispensate presso le sedi ospedaliere o presso le sedi delle Fondazioni mediche (le “Fondazioni”) connesse all'Ospedale dove, grazie ai medici delle Fondazioni, vengono messi a disposizione dell'Ospedale sistemi di supporto e personale amministrativo. La presente Politica non si applica alla Boston Children's Health Solutions, Rx, LLC operante come Boston Children's Pharmacy o agli eventuali prodotti farmaceutici dispensati da Boston Children's Pharmacy.

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 in materia di crediti e riscossioni si applica a tutte le Prestazioni di emergenza e le altre Prestazioni mediche necessarie (vedere definizione più avanti) dispensate dall'Ospedale. Inoltre, alcune disposizioni della presente Politica si applicano alle Prestazioni mediche necessarie dispensate dalle Fondazioni presso alcune loro sedi. 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 operare alcuna discriminazione sulla base di etnia, colore della pelle, origine nazionale, cittadinanza, status di straniero, religione, credo, sesso, orientamento sessuale, identità di genere, età, disabilità o status di Paziente indigente (vedere definizione più avanti), e applicherà senza alcuna discriminazione le politiche e le procedure descritte nella presente Politica in materia di crediti e riscossioni.

L'Ospedale vieta qualsiasi azione che possa scoraggiare un soggetto a richiedere Prestazioni 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, in conformità con la propria Politica di sostegno finanziario (Financial Assistance Policy, FAP), assisteranno, ove possibile, i pazienti/Garanti (vedere definizione più avanti) nella compilazione delle richieste di adesione ai Programmi pubblici di assistenza sanitaria (vedere definizione più avanti) disponibili.
5. L'Ospedale e le Fondazioni potranno fornire sostegno finanziario ai pazienti che soddisfano i criteri di idoneità descritti nella propria Politica di sostegno finanziario.
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 presente Politica in materia di crediti e riscossioni, (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 e le Fondazioni, conformemente alla presente Politica in materia di crediti e riscossioni e alla Politica di sconti ai pazienti non assicurati, potranno estendere gli sconti su base individuale ad altri casi oltre quelli descritti nella propria Politica di sostegno finanziario al fine di riconoscere i casi singolari di difficoltà economica.

Definizioni

Importi normalmente addebitati (Amounts Generally Billed, AGB): importi normalmente addebitati per Prestazioni mediche necessarie ai pazienti la cui assicurazione copre le Prestazioni mediche necessarie. Gli AGB verranno calcolati ricorrendo a un metodo di riferimento retroattivo ("Look-Back"), come descritto più in dettaglio nella Politica di sostegno finanziario dell'Ospedale, nella sezione dal titolo "Limitazione alle spese".

Reddito imponibile (Countable Income): come da definizione fornita nelle disposizioni Health Safety Net.

Prestazioni accettabili: oneri sostenuti dall'Ospedale o dal Centro socio-sanitario che sono ammessi al pagamento da parte di Health Safety Net in virtù delle corrispondenti disposizioni.

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 1395dd(e)(1)(B) della Social Security Act, 42 USC.

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

Soglia federale di povertà (Federal Poverty Level, FPL): 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.

Health Safety Net: programma di pagamento istituito e amministrato conformemente alla M.G.L. c. 188E, Sezione 65.

Disposizioni Health Safety Net: disposizioni esposte nell'articolo 101 CMR 613.00, e succ.

Residente del Massachusetts: residente del Commonwealth of Massachusetts che soddisfa i criteri esposti nell'articolo 130 CMR 503.002.

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.

Esenzione per disagio nelle spese mediche: tipo di idoneità Health Safety Net a disposizione dei Residenti del Massachusetts con qualsiasi livello di Reddito imponibile le cui spese mediche accettabili hanno dissipato a tal punto il Reddito imponibile proprio o del Garante da non poter pagare le Prestazioni accettabili, come descritto nell'articolo 101 CMR 613.05.

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 al 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 dal suo Piano sanitario privato o Programma pubblico di assistenza sanitaria; o (c) che sono dispensate da un fornitore non convenzionato dal Piano sanitario privato o dal Programma pubblico di assistenza sanitaria del paziente. Le Prestazioni non coperte non comprendono le Prestazioni di emergenza.

Oneri a carico del paziente: 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 a cui il paziente è iscritto o per il quale possiede i requisiti.

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.

Affiliati alla fornitura: singoli professionisti, studi associati e altri soggetti ed entità che forniscono Prestazioni di emergenza ed altre Prestazioni mediche necessarie nell'Ospedale nonché nelle cliniche e nei centri sanitari autorizzati dell'Ospedale. È disponibile un elenco di Affiliati alla fornitura come descritto nella presente Politica in materia di crediti e riscossioni.

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.

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).

Cure urgenti: Prestazioni mediche necessarie fornite dall'Ospedale dopo la comparsa 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 dispensate 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 prestazioni elettive.

Classificazione delle prestazioni/Rinvio o rifiuto delle prestazioni

È possibile presentarsi, o essere presentati, per una terapia non programmata nel reparto di Pronto Soccorso dell'Ospedale, o altrimenti presentarsi o essere presentati nel Campus principale dell'Ospedale, e richiedere una visita o una terapia, o presentare richiesta di visita o terapia per conto del paziente, per quella che

potrebbe essere una Condizione medica di emergenza. 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 la valutazione del 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 Health Safety Net.

L'Ospedale vieta qualsiasi azione che possa scoraggiare un soggetto a richiedere Prestazioni di emergenza, come invitare 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.

Inoltre, l'Ospedale non rinverrà né rifiuterà il trattamento ai pazienti che si presentano per Prestazioni di emergenza o Cure urgenti o che sono iscritti a un Programma pubblico di assistenza sanitaria, 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 delle Cure non urgenti a un paziente, anche nel caso in cui il paziente/Garante rifiuti di rispettare i requisiti di acconto o, in mancanza di mezzi economici per pagare le prestazioni privatamente o tramite Altri finanziamenti, rifiuti di richiedere o di utilizzare la copertura del Piano sanitario privato o dei Programmi pubblici di assistenza sanitaria di cui dispone o per i quali possiede i requisiti, o rifiuti di fornire la documentazione richiesta per tali programmi.

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 che riguardano Prestazioni di emergenza o Cure urgenti), è previsto che il paziente/Garante fornisca informazioni tempestive e accurate sulla copertura del Piano sanitario privato o del Programma pubblico di assistenza sanitaria del paziente e/o sull'idoneità a tale copertura, i dati demografici, le variazioni sopraggiunte allo stato della copertura del Piano sanitario privato o del Programma pubblico di assistenza sanitaria e le informazioni su eventuali franchigie, ticket e coassicurazioni che sono dovuti in base alla copertura esistente del paziente o ad altri impegni di pagamento. Le informazioni dettagliate possono includere:

1. Nome completo del paziente, indirizzo, numero telefonico, indirizzo e-mail, data di nascita, numero di social security (se disponibile), copertura attuale del Piano sanitario privato o del Programma pubblico di assistenza sanitaria, dati di cittadinanza e residenza e risorse finanziarie applicabili del

paziente/Garante a cui attingere eventualmente per il pagamento delle cure del paziente;

2. Nome completo del Garante del paziente, indirizzo, numero o numeri telefonici, indirizzo e-mail, data di nascita, numero di social security (se disponibile), copertura attuale del Piano sanitario privato o del Programma pubblico di assistenza sanitaria e risorse finanziarie applicabili a cui attingere eventualmente per il pagamento delle cure del paziente; e
3. Altre risorse a cui attingere eventualmente per il pagamento delle cure del paziente, inclusi, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, Altri finanziamenti, 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.
4. La documentazione che confermi le informazioni descritte in precedenza.

Se le informazioni o la documentazione richiesta per verificare 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 potrà essere 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:** se necessario, i dati finanziari potranno essere 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/al momento della prestazione; durante il ricovero ospedaliero; al momento della dimissione; dopo la dimissione/dopo la prestazione:** dall'ufficio Patient Financial Services, dai coordinatori delle cure al paziente o dai Care Manager, 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 i requisiti della legge EMTALA).
4. **Prestazioni di emergenza:** il personale di accettazione al Pronto Soccorso 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 della prestazione o del ricovero saranno richieste tramite i contatti del paziente/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/Garante, verranno contattati altri soggetti per ottenere le informazioni con cui valutare la capacità del paziente/Garante di pagare le prestazioni fornite.

Inoltre, i pazienti/Garanti possono fornire le informazioni tramite il portale per pazienti dell'Ospedale o attraverso uno dei tanti chioschi di accettazione distribuiti in vari punti dell'Ospedale.

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. Nel caso di prestazioni fornite a un paziente non assicurato, il personale dell'ufficio Patient Financial Services verificherà attraverso i sistemi di verifica del programma MassHealth e/o dell'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, ConnectorCare o per altri Programmi pubblici di assistenza sanitaria. Se non è possibile verificare i dati prima della dimissione o dell'erogazione di una prestazione in regime ambulatoriale, l'ufficio Patient Financial Services o i suoi rappresentanti potranno provare a verificare le informazioni durante la procedura di fatturazione e riscossione.

Tra i tentativi ragionevoli e diligenti dell'Ospedale per verificare le informazioni del paziente sono annoverati, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, la richiesta di informazioni sulla copertura e sull'idoneità alla copertura del paziente, la conduzione di ricerche nei database di piani sanitari pubblici o privati disponibili, la verifica dell'affidabilità di un noto pagatore terzo, la presentazione di richieste di indennizzo a tutti i piani sanitari responsabili identificati, l'adesione ai requisiti di fatturazione e autorizzazione di tali piani sanitari, 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. Una volta identificata la risorsa terza responsabile in relazione alle prestazioni per le quali l'Ospedale ha ricevuto il pagamento dal programma Health Safety Net, l'Ospedale rimborserà tale pagamento al programma Health Safety Net. L'Ospedale informerà i pazienti che spetterà loro mettere al corrente il Programma pubblico di assistenza sanitaria appropriato di qualsiasi variazione sopraggiunta nel reddito o nella condizione assicurativa.

D. Rilascio di informazioni/Cessione delle prestazioni: il paziente/Garante può essere tenuto a firmare una cessione delle prestazioni 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 dal Piano sanitario privato, dal Programma pubblico di assistenza sanitaria o da un altro pagatore responsabile del paziente non viene ottenuta prima della fornitura delle prestazioni, o se una prestazione non è coperta dal Piano sanitario privato o dal Programma pubblico di assistenza sanitaria del paziente, incluso, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, il caso in cui l'Ospedale o il medico non sia un fornitore convenzionato secondo la copertura

del Piano sanitario privato o del Programma pubblico di assistenza sanitaria del paziente, il paziente/Garante sarà tenuto a firmare una dichiarazione in cui riconosce di essere stato avvisato dell'assenza dell'autorizzazione richiesta o della mancata copertura delle prestazioni e che lo informa della sua responsabilità finanziaria per le prestazioni che in definitiva sono state determinate come Prestazioni non coperte.

Se in qualsiasi momento durante il ciclo di trattamento del paziente viene determinato che il paziente/Garante non è in grado di pagare, il paziente/Garante che non è in grado di pagare le prestazioni dispensate sarà indirizzato ai consulenti finanziari dell'Ospedale per ottenere assistenza nell'individuazione dei Piani sanitari privati o dei Programmi pubblici di assistenza sanitaria ai quali potrebbe accedere e di qualsiasi programma di sostegno finanziario e/o di sconti per i quali potrebbe essere in possesso dei requisiti.

Pagamento

In generale, è previsto il pagamento integrale alla consegna di una fattura da parte dell'Ospedale. Spetta in ultima analisi al paziente/Garante tener conto delle fatture e pagare tempestivamente le fatture ospedaliere insolute per le cure prestate al paziente dall'Ospedale, oltre agli eventuali ticket, coassicurazioni e franchigie.

A. Acconti/Oneri a carico del paziente

- 1. Prestazioni di emergenza:** l'Ospedale non richiederà al paziente/Garante un acconto pre-trattamento o il pagamento di Oneri a carico del paziente come condizione per ricevere le Prestazioni di emergenza, indipendentemente dalla disponibilità economica del paziente/Garante stesso.
- 2. Prestazioni non di emergenza:** l'Ospedale potrà richiedere un acconto prericovero o il pagamento di Oneri a carico del paziente per prestazioni non di emergenza in regime di degenza o ambulatoriale a un paziente/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 in possesso dei requisiti per la copertura in base al programma Health Safety Net:** a nessun paziente accertato come Paziente indigente sarà chiesto di versare un acconto, tranne nei casi seguenti: (a) a un paziente 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; e (b) a un paziente in possesso dei requisiti per l'Esenzione per disagio nelle spese mediche potrà essere chiesto di versare un acconto fino al 20% del suo contributo per l'esenzione 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% delle spese ai pazienti non assicurati, a seconda della puntualità dei pagamenti, conformemente alla Politica di sconti ai pazienti non assicurati dell'Ospedale. I criteri di idoneità e gli altri termini relativi agli sconti ai pazienti non assicurati sono descritti nella Politica di sconti ai pazienti non assicurati

dell'Ospedale, reperibile attraverso i consulenti finanziari dell'Ospedale e sul sito www.childrenshospital.org/financialassistance.

- C. Piani di pagamento:** nel caso in cui un paziente/Garante non possa pagare, alla consegna, la fattura ospedaliera per le cure prestate al paziente e quest'ultimo non risulti in possesso dei requisiti per Health Safety Net o per la copertura di altri Piani sanitari privati o Programmi pubblici di assistenza sanitaria applicabili né per il sostegno finanziario secondo la Politica di sostegno finanziario dell'Ospedale, l'Ospedale potrà offrire al paziente/Garante un accordo per ripartire i pagamenti su un arco di tempo esteso.
1. L'Ospedale offrirà ai Pazienti indigenti e ai pazienti in possesso dei requisiti per l'Esenzione per disagio nelle spese mediche, 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 indigenti e ai pazienti in possesso dei requisiti per l'Esenzione per disagio nelle spese mediche, 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.
 2. A tutti gli altri pazienti/Garanti, in circostanze straordinarie, l'Ospedale potrà offrire piani di pagamento di importo e durata appropriati alle circostanze secondo una valutazione fatta caso per caso.
 3. In generale, l'Ospedale non offre un piano di pagamento deducibile per prestazioni erogate in regime ambulatoriale.

Assistenza per richiedere il sostegno finanziario

L'Ospedale fornirà ai pazienti/Garanti le informazioni e l'assistenza necessarie per richiedere l'adesione/valutare i requisiti di adesione ai Programmi pubblici di assistenza sanitaria e ad altri programmi di sostegno finanziario, tra cui MassHealth, ConnectorCare, la qualifica di Paziente indigente in base alle disposizioni di Health Safety Net e l'adesione ad altri programmi Medicaid, nonché ai programmi di sostegno finanziario e di sconti ai pazienti non assicurati dell'Ospedale. L'Ospedale farà tutto il possibile per fornire servizi di traduzione ai pazienti e ai Garanti con limitata conoscenza della lingua inglese.

I pazienti/Garanti dovranno fornire tutta la documentazione richiesta per tali richieste. L'Ospedale non ha alcun ruolo nella determinazione dell'ammissibilità ai Programmi pubblici di assistenza sanitaria, che è invece di competenza delle agenzie responsabili dell'amministrazione di tali programmi. Spetta al paziente/Garante informare l'Ospedale di tutte le decisioni in materia di copertura prese da tali agenzie 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 dell'assistenza offerta dall'Ospedale per agevolare l'adesione ad altri Programmi pubblici di assistenza sanitaria 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.

B. Avviso individuale di disponibilità del sostegno finanziario. L'Ospedale fornirà un avviso individuale di disponibilità del sostegno finanziario e delle Prestazioni accettabili (definite nelle disposizioni Health Safety Net) e di altri Programmi pubblici di assistenza sanitaria (i) durante la registrazione iniziale del paziente in Ospedale; (ii) in tutte le fatture di pagamento e in altre comunicazioni scritte relative ad azioni di riscossione; e (iii) quando l'Ospedale viene a conoscenza di una variazione nell'idoneità o nella copertura sanitaria del paziente; e potrà fornire assistenza nell'adesione a tali programmi a qualsiasi paziente che la richieda.

C. Accesso elettronico alla politica in materia di crediti e riscossioni e ad altre politiche. I pazienti/Garanti possono reperire una copia della presente Politica in materia di crediti e riscossioni, della Politica di sostegno finanziario e della Politica di sconti ai pazienti non assicurati dell'Ospedale e delle Fondazioni, così come del calcolo degli AGB e di altri documenti utilizzati per comunicare ai pazienti la disponibilità di assistenza sul sito www.childrenshospital.org/financialassistance.

Pratiche di fatturazione/riscossione; 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 tutti gli altri pazienti. Le copie delle fatture di pagamento standard e delle lettere di approvazione/rifiuto del sostegno finanziario dell'Ospedale sono disponibili come descritto nella presente Politica in materia di crediti e riscossioni.

A. Determinazione delle prestazioni accettabili. L'Ospedale osserva le regole e le linee guida emanate dal Commonwealth of Massachusetts nell'amministrazione dell'ammissibilità degli indennizzi di Health Safety Net e delle richieste di indennizzo ad esso presentate secondo gli altri Programmi pubblici di assistenza sanitaria del Massachusetts.

L'Ospedale osserva i requisiti di fatturazione applicabili, comprese, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, le disposizioni del Dipartimento della salute pubblica (Department of Public Health, 105 CMR 130.332) riguardanti 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 il pagamento per Prestazioni accettabili fornite a un Paziente indigente o per Prestazioni coperte fornite a iscritti al programma MassHealth relativamente a richieste di indennizzi per i quali il pagamento sia stato inizialmente negato dalla compagnia assicurativa del Paziente indigente a causa di un errore amministrativo o di fatturazione da parte dell'Ospedale.

B. Pazienti/Garanti esenti da azioni di riscossione: l'Ospedale e le Fondazioni non addebitano né si impegnano diversamente in azioni di

riscossione relative a Prestazioni mediche necessarie fornite a 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), tranne quando l'Ospedale può addebitare a tali pazienti gli Oneri a carico del paziente 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 di prove convincenti, che ne attestano la partecipazione ad almeno uno di questi programmi, e alla consegna 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 MassHealth MAGI è pari o inferiore al 400% della Soglia federale di povertà (FPL). 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 di prove convincenti, che ne attestano la partecipazione al CMSP, l'Ospedale cesserà le attività di riscossione.
3. Un Paziente indigente (non esclusivamente per prestazioni dentistiche) è esente dall'azione di riscossione per le Prestazioni accettabili ricevute esclusivamente 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 addebitare ai Pazienti indigenti le spese per le Prestazioni accettabili fornite prima della determinazione della loro condizione di Pazienti indigenti, solo dopo che il loro status di Paziente indigente è scaduto o è stato sospeso.
4. Un Paziente indigente (non esclusivamente per prestazioni dentistiche) con MassHealth MAGI o Reddito imponibile familiare con Esenzione per disagio nelle spese mediche (come descritto nell'articolo 101 CMR 613.04(2)) del 400% della FPL è esente da azioni di riscossione per la parte di fattura che supera la franchigia per Paziente indigente, tuttavia gli potranno essere addebitati gli importi del ticket e della franchigia compatibilmente con le norme statali. L'Ospedale potrà continuare ad addebitare ai Pazienti indigenti le spese per prestazioni fornite prima della determinazione della loro condizione di Pazienti indigenti, ma solo dopo che il loro status di Paziente indigente è scaduto o è stato sospeso.
5. Un paziente che dimostra di possedere i 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 disposizioni Health Safety Net 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 per tali prestazioni.
6. Un paziente a cui l'Ospedale o una Fondazione stava fornendo assistenza nella richiesta dell'Esenzione per disagio nelle spese mediche, qualora l'Ospedale o la Fondazione, a seconda del caso, non abbia presentato la richiesta del paziente entro cinque (5) giorni lavorativi dalla compilazione della domanda e dalla presentazione all'Ospedale o alla Fondazione di tutta la documentazione richiesta da parte del paziente/Garante, relativamente a tutte le fatture che sarebbero state ammissibili per il pagamento dell'Esenzione per disagio nelle spese mediche se la domanda fosse stata presentata e approvata.

I Pazienti indigenti non sono esenti dalle azioni di riscossione per prestazioni diverse dalle Prestazioni accettabili che vengono fornite su richiesta del paziente/Garante e per le quali il paziente/Garante abbia accettato la responsabilità; detto ciò, ai Pazienti indigenti non saranno riconosciuti gli indennizzi relativi a errori medici o indennizzi negati dalla compagnia assicurativa principale del paziente a causa di un errore amministrativo o di fatturazione. L'Ospedale otterrà il consenso scritto del paziente/Garante alla fatturazione di tali prestazioni.

Alla richiesta del paziente, l'Ospedale o la Fondazione, a seconda dei casi, può addebitare le spese a un Paziente indigente per consentire a tale paziente di raggiungere la franchigia una tantum obbligatoria di CommonHealth.

- C. Fatturazione iniziale:** ad eccezione dei pazienti esenti dall'azione di riscossione descritta in precedenza, l'Ospedale fornirà una prima fattura al paziente/Garante o a una specifica terza parte.
- 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 del paziente non esenti da azione di riscossione 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, inviata al paziente/Garante e ad uno o più soggetti responsabili degli oneri finanziari del paziente;
 2. Ulteriori 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. Telefonate, notifica a indirizzi elettronici (ovvero, via e-mail), avvisi di contatto personale;
 5. Ultimo avviso per saldi superiori a \$1.000 (spedito per posta raccomandata);
e
 6. Incontri con il Garante o con altra persona responsabile.

L'Ospedale conserverà un fascicolo per ciascun paziente con tutta la documentazione dei tentativi di riscossione compiuti, comprese le copie delle fatture, le lettere di sollecito, le relazioni sui contatti telefonici e personali e di tutti gli altri tentativi effettuati.

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 noti; e 3. Verifica dell'elenco telefonico corrente.

L'Ospedale potrà affidare ad agenzie, professionisti ed altri fornitori di servizi esterni le attività di rintracciamento. Verranno documentati tutti i tentativi

compiuti per localizzare i responsabili dell'onere o per conoscere l'indirizzo corretto nelle fatture restituite come "indirizzo errato" o "non recapitato".

- 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 sarà compatibile con la presente Politica in materia di crediti e riscossioni); detto ciò, gli Oneri a carico del paziente non vengono inclusi nel credito irrecuperabile allo scopo di richiedere indennizzi in base alle disposizioni Health Safety Net.

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 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.
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 o di un altro pagatore responsabile 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 alle pratiche di riscossione esposte in precedenza, l'Ospedale invierà una lettera raccomandata a quei pazienti (ad eccezione dei pazienti i cui avvisi sono restituiti 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 di verifica dell'idoneità MassHealth che il paziente non possiede i requisiti o non ha presentato una richiesta per il programma MassHealth e non è un Paziente indigente.

I. 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 o altra entità, 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 fornire le Prestazioni 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. Tale richiesta renderà possibile un periodo di verifica non superiore a 30 giorni.

J. 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) ha appurato che il paziente, il conducente e/o il proprietario dell’altro veicolo era in possesso di una assicurazione RC auto; (2) ha compiuto ogni tentativo possibile per ottenere dal paziente le informazioni sul pagatore terzo; (3) ha conservato prova di tali tentativi, compresa la documentazione delle telefonate e delle lettere spedite al paziente; e (4) ove applicabile, ha 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.

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.

Diritti e doveri del paziente

A. L’Ospedale informerà i pazienti del diritto a:

1. richiedere il programma MassHealth, il programma di assistenza premium gestito dall’Health Connector, un piano sanitario qualificato, 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 disposizioni Health Safety Net 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 MassHealth MAGI, nel Reddito imponibile familiare con Esenzione per disagio nelle spese mediche (come descritto nelle disposizioni Health Safety Net) 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;
 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 l'ufficio Health Safety Net o l'agenzia MassHealth se viene coinvolto in un incidente o soffre di una malattia o subisce 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, se disponibile; e
 - b. accettare di osservare tutti i requisiti della M.G.L. c. 118E, tra cui, a titolo esemplificativo ma non esaustivo:
 - (1) la cessione all'ufficio Health Safety Net 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 l'ufficio Health Safety Net o un suo incaricato, a meno che l'ufficio Health Safety Net 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 all'ufficio Health Safety Net o all'agenzia 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 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, a condizione che vengano rimborsati solo i pagamenti Health Safety Net effettuati in conseguenza del sinistro o di altro incidente.

Pubblicazione/Disponibilità della Politica in materia di crediti e riscossioni, dell'elenco di

Affiliati alla fornitura, delle fatture e lettere di approvazione/rifiuto del sostegno finanziario, della Politica di sostegno finanziario e del relativo riepilogo in forma semplificata, della Politica di sconti ai pazienti non assicurati e del Calcolo degli importi normalmente addebitati

A. I pazienti, i Garanti e qualsiasi altro cittadino possono ottenere gratuitamente una copia della presente Politica in materia di crediti e riscossioni, dell'elenco di Affiliati alla fornitura, di esempi di fatture e lettere di approvazione/rifiuto del sostegno finanziario, della Politica di sostegno finanziario e del relativo riepilogo in forma semplificata, della Politica di sconti ai pazienti non assicurati e del Calcolo degli importi normalmente addebitati in uno dei seguenti modi:

1. Pubblicazione in Internet: la presente Politica in materia di crediti e riscossioni e altri documenti sono disponibili online all'indirizzo: www.childrenshospital.org/financialassistance.
2. Sportelli per il pubblico: copie cartacee (i) della Politica in materia di crediti e riscossioni, (ii) dell'elenco di Affiliati alla fornitura, (iii) delle copie di fatture e lettere di approvazione/rifiuto del sostegno finanziario, (iv) della Politica di sostegno finanziario e del relativo riepilogo in forma semplificata, (v) del Calcolo degli importi normalmente addebitati e (vi) della Politica di sconti ai pazienti non assicurati dell'Ospedale sono disponibili presso la struttura ospedaliera all'indirizzo 300 Longwood Avenue, Boston, MA, Farley Building, stanza 160.
3. A mezzo posta: è anche possibile richiedere una copia di questi documenti 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.

B. La Politica in materia di crediti e riscossioni, la Politica di sostegno finanziario e il relativo riepilogo in forma semplificata, il modulo di richiesta, 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.

C. Comunicazione sul posto: l'Ospedale farà tutto il possibile per comunicare le proprie politiche in materia di crediti e riscossioni attraverso vari metodi.

1. Nelle aree di accettazione/registrazione dei reparti di degenza e delle cliniche saranno affissi dei cartelli con informazioni riguardanti la disponibilità di sostegno finanziario e delle politiche in materia di crediti e riscossioni.
2. 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.
3. Copie della presente Politica in materia di crediti e riscossioni saranno offerte a tutti i pazienti al momento del ricovero o durante la procedura di dimissione.

Documenti, politiche e programmi aggiuntivi/correlati

1. Elenco di Affiliati alla fornitura
2. Campioni di fatture e lettere di approvazione/rifiuto del sostegno finanziario
3. Politica di sostegno finanziario
4. Riepilogo in forma semplificata della Politica di sostegno finanziario
5. Modulo di richiesta di sostegno finanziario
6. Politica di sconti ai pazienti non assicurati
7. Programma di sostegno finanziario per pazienti internazionali

Attributi del documento

Titolo	Politica in materia di crediti e riscossioni		
Autori	Direttore dell'ufficio per la conformità fiscale e normativa finanziaria (Tax and Financial Regulatory Compliance)	Data di entrata in vigore	9/30/2016
Revisione/ correzione	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	Date di revisione/ correzione:	12/7/2021 12/10/2021
Approvazione	12/20/2021	Effective Date	1/1/2022
Consiglio di amministrazione del Boston Children's Hospital			