

Politica di credito e recupero crediti Sommaro

<u>Sezione</u>	<u>Titolo</u>
A.	Raccolta di informazioni sulle risorse finanziarie e la copertura assicurativa del paziente
B.	Procedure di fatturazione e recupero crediti dell'ospedale
C.	Categorie esenti dalle attività di recupero crediti
D.	Crediti inesigibili dovuti a emergenze
E.	Azioni straordinarie di recupero crediti
F.	Agenzie di recupero crediti esterne
G.	Anticipi e piani rateali

La Politica di credito e recupero crediti di Beth Israel Deaconess Medical Center

Beth Israel Deaconess Medical Center, in seguito riportato come BIDMC, ha l'obbligo fiduciario interno di richiedere il rimborso per i servizi forniti ai pazienti in grado di pagare, dai responsabili assicuratori di terze parti che coprono i costi delle spese mediche del paziente, e da altri programmi di assistenza per i quali il paziente è idoneo. Al fine di determinare se un paziente sia in grado di pagare per i servizi forniti, così come di assistere il paziente a trovare delle opzioni alternative di copertura, qualora sia non assicurato o non adeguatamente assicurato, l'ospedale si attiene ai seguenti criteri relativi alla fatturazione e al recupero dei crediti dai pazienti. Nell'ottenere informazioni finanziarie personali riguardo il paziente o la sua famiglia, l'ospedale conserva tutte le informazioni in conformità con le leggi applicabili sulla privacy, sicurezza e furto d'identità, sia statali che federali. BIDMC non terrà conto di razza, colore della pelle, nazionalità, cittadinanza, provenienza, religione, credo, sesso, orientamento sessuale, identità di genere, età o disabilità nelle proprie politiche o nella richiesta delle politiche che coinvolgono l'ottenimento e la verifica delle informazioni finanziarie prima dell'ammissione o degli anticipi pre-trattamento, piani di pagamento, ammissioni ritardate o rifiutate, status di paziente a basso reddito come stabilito dall'ufficio Medicaid del Massachusetts, la determinazione dello status di paziente a basso reddito o nelle proprie procedure di fatturazione e recupero crediti.

La presente Politica di credito e recupero crediti è valida per il Beth Israel Deaconess Medical Center e qualsiasi entità che faccia parte della licenza dell'ospedale o operi con la sua partita IVA.

A. Raccolta di informazioni sulle risorse finanziarie e la copertura assicurativa del paziente

- a) BIDMC lavorerà assieme al paziente per informarlo del proprio dovere nel fornire le seguenti informazioni chiave:

Prima dell'erogazione di un qualsiasi servizio sanitario (ad eccezione dei servizi che vengono forniti per stabilizzare un paziente per il quale venga accertata una condizione sanitaria di emergenza, o che abbia necessità di servizi sanitari urgenti), il paziente ha il dovere di fornire in modo tempestivo ed accurato, le informazioni sul proprio status assicurativo attuale, dati anagrafici, cambiamenti nel proprio reddito familiare o delle coperture della politica collettiva (se disponibile), e, se note, le informazioni sulle franchigie o partecipazioni alle spese che sono richieste dal proprio programma di assicurazione o finanziario, ove applicabile. Per ogni singola voce, le informazioni dettagliate dovrebbero includere, ad esempio:

- i) Nome completo, indirizzo, numero di telefono, data di nascita, numero di previdenza sociale (se disponibile), opzioni attuali di copertura sanitaria assicurativa, informazioni sulla residenza e la cittadinanza, e le eventuali risorse finanziarie del paziente che potrebbero essere utilizzate per pagare le proprie fatture;
- ii) Ove applicabile, il nome completo del garante del paziente, il suo indirizzo, numero di telefono, data di nascita, numero di previdenza sociale (se disponibile), opzioni attuali di copertura sanitaria assicurativa e le proprie eventuali risorse finanziarie che potrebbero essere utilizzate per pagare le fatture del paziente;
- iii) Altre risorse utilizzabili al fine di pagare le proprie fatture, inclusi altri programmi assicurativi, polizze di assicurazione di veicoli o sulla casa, nel caso in cui il trattamento sia dovuto a un incidente, programmi di indennizzo per infortuni sul lavoro, polizze di assicurazione per studenti, o qualsiasi altro reddito familiare come eredità, regali, o dividendi provenienti da trust a disposizione, tra le altre cose.

BIDMC informerà il paziente della propria responsabilità di tenere traccia delle proprie fatture ospedaliere non pagate, inclusa qualsiasi partecipazione alle spese, coassicurazione e franchigia, e contattare l'ospedale in caso necessiti di assistenza nel pagamento delle fatture. L'ospedale informerà il paziente che esso è tenuto ad informare sia l'assicuratore sanitario corrente (se ne ha uno) o l'agenzia statale che ha determinato lo status di idoneità del paziente a un programma pubblico, riguardo qualsiasi cambiamento nel reddito familiare o status assicurativo. L'ospedale può inoltre assistere il paziente ad aggiornare la propria idoneità a un programma pubblico, qualora ci fossero dei cambiamenti nel reddito familiare o nello status assicurativo, ammesso che il paziente informi l'ospedale di tali cambiamenti nel proprio status di idoneità.

BIDMC lavorerà con il paziente al fine di assicurare che esso sia a conoscenza del dovere di informare l'ospedale e il programma pertinente presso il quale si sta ricevendo assistenza (ad esempio: MassHealth, Connector, Health Safety Net, o Health Safety Net Medical Hardship), riguardo qualsiasi informazione relativa a un cambiamento nel reddito familiare, o se si è parte di un reclamo che può coprire l'intero costo dei servizi prestati dall'ospedale. Nel caso ci sia una terza parte (come, ad esempio, un'assicurazione sull'auto o sulla casa) responsabile per la copertura delle spese sanitarie in seguito a incidenti stradali o diversi, il paziente lavorerà assieme all'ospedale o al programma appropriato (incluso, ad esempio, MassHealth, Connector o Health Safety Net) per cedere il diritto di recupero degli importi pagati per detti servizi.

BIDMC informerà il paziente del proprio obbligo di comunicare all'ufficio Health Safety Net o all'agenzia MassHealth qualora il paziente fosse coinvolto in un incidente, o venga affetto da malattia o subisca un infortunio o altri danni che sono o possano dare il via a cause o casi assicurativi. In tali casi, il paziente è tenuto a

i) Ove applicabile, presentare una richiesta di risarcimento;

ii) Accettare di adeguarsi a tutti i requisiti del M.G.L. c.118E, incluso, ad esempio:

- a. Cedere all'ufficio Health Safety Net il diritto di recuperare un importo equivalente al pagamento Health Safety Net dovuto in seguito alle procedure di un qualsiasi reclamo o altra procedura contro una terza parte.
- b. Fornire informazioni riguardo la richiesta di risarcimento o qualsiasi altro procedimento e collaborare con l'Ufficio Health Safety Net o suo delegato, a meno che l'Ufficio Health Safety Net ritenga che la collaborazione non sia nei suoi migliori interessi o causerebbe un serio danno o problemi emotivi al paziente.
- c. Informare per iscritto l'Health Safety Net o l'agenzia MassHealth entro dieci giorni dall'istituzione di una richiesta di risarcimento, azione civile o altro procedimento, e
- d. Rimborsare Health Safety Net con i soldi ricevuti da una terza parte, al fine di pagare i servizi idonei ricevuti, alla data o dopo la data dell'incidente stradale o di altro tipo, dopo essere divenuto un paziente a basso reddito per i fini di pagamento di Health Safety Net, premesso che siano rimborsati solo i pagamenti di Health Safety Net in seguito a incidenti stradali o di altro tipo.

b) Obblighi dell'ospedale:

BIDMC farà tutto quanto ragionevolmente e diligentemente possibile per ottenere le informazioni sull'assicurazione del paziente e altre informazioni utili al fine di verificare la copertura per i servizi sanitari che vengono erogati dall'ospedale. Ciò potrà avvenire durante la registrazione iniziale del paziente che si presenta presso un'unità ospedaliera per un servizio, oppure in un altro momento. Inoltre, l'ospedale informerà il paziente della possibilità di opzioni di copertura mediante un programma di pubblica assistenza o di assistenza finanziaria ospedaliera disponibile, inclusi: la copertura mediante MassHealth, il programma premium di assistenza nei pagamenti gestito da Health Connector, il Children's Medical Security Program, Health Safety Net o Health Safety Net Medical Hardship, a mezzo delle fatture che vengono recapitate al paziente o al garante dello stesso in seguito all'erogazione di servizi. Inoltre, l'ospedale svolgerà la propria due diligence attraverso il sistema di verifica finanziaria, pubblico e privato, esistente, al fine di determinare di essere in grado di identificare lo status di idoneità del paziente per la copertura assicurativa, che sia pubblica o privata. L'ospedale cercherà di ottenere tali informazioni prima dell'erogazione di un qualsiasi servizio sanitario in condizioni di non-emergenza e non-urgenza. L'ospedale rimanderà qualsiasi tentativo di ottenere tali informazioni qualora il paziente che viene ricoverato si trovi in una condizione medica di emergenza o necessiti di servizi sanitari urgenti.

La due diligence di BIDMC include, ad esempio, la richiesta di informazioni riguardo lo status assicurativo del paziente e il controllo di un qualsiasi database assicurativo, sia pubblico che privato. Per tutti i servizi coperti, BIDMC richiederà i pagamenti a enti assicurativi privati e si adeguerà ai requisiti di autorizzazione e fatturazione dell'assicuratore. Qualora il servizio sia rimborsabile in toto o in parte da un ente assicurativo privato, riconosciuto come responsabile per i costi dell'assistenza fornita al paziente, BIDMC ricorrerà contro qualsiasi richiesta di risarcimento negata. Qualora possibile, BIDMC assisterà il paziente nel ricorrere contro i rifiuti o altri pareri negativi con il proprio piano assicurativo, riconoscendo che il piano assicurativo molto spesso richiede che tali ricorsi vengano effettuati dal paziente. Quando lo staff di registrazione e ammissione dell'ospedale viene informato dal paziente, esso dovrebbe inoltre lavorare assieme al paziente per assicurare che vengano comunicate agli opportuni programmi pubblici tutte le informazioni pertinenti, come ad esempio dei cambiamenti nel reddito familiare o nello status assicurativo, incluso qualsiasi causa o reclamo assicurativo che possa coprire i costi dei servizi forniti dall'ospedale.

Nel caso in cui il paziente o garante/tutore sia incapace di fornire le informazioni richieste, e il paziente acconsente, l'ospedale farà tutti gli sforzi necessari per contattare parenti, amici, garanti/tutori e/o altre terze parti pertinenti per ulteriori informazioni.

Gli sforzi ragionevoli della due diligence di BIDMC per verificare se un'assicurazione di terze parti o altra risorsa sia responsabile per i costi dei servizi prestati dall'ospedale, deve includere, ad esempio, la determinazione da parte del paziente se ci sia una politica applicabile per coprire i costi del reclamo, includendo: (1) Polizza RC sulla casa o dei veicoli, (2) polizza personale di protezione contro gli infortuni o di incidenti generali, (3) programmi di indennità per gli infortuni sul lavoro, e (4) polizze assicurative per studenti, fra le altre cose. Nel caso in cui l'ospedale sia in grado di identificare un ente assicurativo privato responsabile, o riceva un pagamento da una terza parte o da un'altra risorsa (incluso un assicuratore privato o un altro programma pubblico), l'ospedale comunicherà il pagamento ai programmi pertinenti e lo compenserà, se ammissibile secondo i requisiti delle procedure di reclamo del programma, contro qualsiasi reclamo che sia stato pagato da terze parti o altra risorsa. L'ospedale non è tenuto a garantire di prendersi carico del diritto di un paziente per una copertura di servizi di

terze parti, rispetto ai programmi di pubblica assistenza che hanno effettivamente pagato per i costi dei servizi. In tali casi, il paziente deve essere al corrente che il programma statale pertinente potrebbe tentare di farsi carico dei costi dei servizi prestati al paziente.

B. Procedure di fatturazione e recupero crediti dell'ospedale

BIDMC dispone di un processo uniforme e coerente per la presentazione e il ricevimento di reclami presentati a pazienti, indifferentemente dal loro status assicurativo. Nello specifico, se il paziente ha un conto aperto relativo ai servizi forniti al paziente e non coperti da un'opzione di copertura pubblica o privata, l'ospedale seguirà le seguenti ragionevoli procedure di recupero crediti/addebito, che includono:

- a) L'invio al paziente o alla parte responsabile per gli obblighi finanziari personali del paziente, di una fattura iniziale. La fattura iniziale conterrà le informazioni riguardo la disponibilità di assistenza finanziaria (incluso, ad esempio: MassHealth, il programma premium di assistenza nei pagamenti gestito da Health Connector, il Children's Medical Security Program, Health Safety Net o Health Safety Net Medical Hardship) per la copertura di costi della fattura ospedaliera.
- b) Le fatture successive, telefonate, lettere di recupero crediti, avvisi personali di contatto, notifiche a mezzo PC, o qualsiasi altro metodo di notifica che costituisca uno sforzo sincero di contattare la parte responsabile per le fatture insolute, il che includerà anche le informazioni su come il cliente può contattare l'ospedale nel caso necessiti di assistenza finanziaria.
- c) Se possibile, la documentazione relativa agli sforzi sostenuti per rintracciare la parte responsabile per gli obblighi, oppure l'indirizzo corretto delle fatture restituite al mittente dal servizio postale marcate come "indirizzo erraneo" o "irricevibile".
- d) L'invio di un avviso finale tramite posta raccomandata per i pazienti non assicurati (coloro che non sono iscritti a un programma come l'Health Safety Net o MassHealth), i quali incorrono in un credito inesigibile dovuto a emergenza di oltre \$1.000 solo per servizi di carattere di emergenza, dove le comunicazioni non siano tornate al mittente come "indirizzo errato" o "irricevibile", e nella stessa comunicazione, informare i pazienti della disponibilità di assistenza finanziaria;
- e) La documentazione relativa alla fatturazione continua o a un'azione di recupero crediti intrapresa, viene mantenuta disponibile per 120 giorni dalla data del servizio, secondo il programma statale e/o federale pertinente, al fine di verificare tale sforzo, e
- f) Prima di inoltrare una richiesta di risarcimento, controllare il Massachusetts Eligibility Verification System (EVS) (Sistema di verifica dell'idoneità del Massachusetts) per verificare che il paziente non sia un paziente a basso reddito e non abbia presentato richiesta per la copertura per MassHealth, il programma premium di assistenza nei pagamenti gestito da Health Connector, il Children's Medical Security Program, Health Safety Net o Health Safety Net Medical Hardship, per la copertura dei crediti inesigibili.
- g) Per tutti i pazienti registrati in un programma di pubblica assistenza, BIDMC emetterà fatture ai pazienti solo per la specifica parte di partecipazione alle spese, coassicurazione o franchigia che sia indicata nelle normative statali vigenti e che potrebbero anche essere indicate nel Sistema di gestione delle informazioni Medicaid dello stato.

BIDMC cercherà un pagamento specifico da quei pazienti che non sono idonei per la registrazione in un programma di pubblica assistenza del Massachusetts, come ad esempio, i residenti fuori dallo stato, ma che potrebbero far parte delle categorie generali di idoneità finanziaria di un programma di pubblica assistenza statale. Per tali pazienti, BIDMC informerà il paziente della disponibilità di tali risorse aggiuntive, in base al reddito del paziente o di altri criteri, come indicato nella policy di assistenza finanziaria dell'ospedale.

I pazienti potrebbero essere inoltre idonei per l'assistenza finanziaria da parte di BIDMC, secondo la policy di assistenza finanziaria di BIDMC.

C. Categorie esentate dalle attività di recupero crediti

Ai sensi delle norme e politiche statali, le seguenti categorie di pazienti sono esentate da qualsiasi procedure di recupero crediti o fatturazione: Pazienti iscritti a un programma di assicurazione sanitaria pubblico, incluso ad esempio: MassHealth, Emergency Aid to the Elderly, Disabled and Children (EAEDC); Children's Medical Security Plan (CMSP), se il reddito lordo rettificato è uguale o inferiore al 300% del FPL, se sono pazienti a basso reddito come stabilito da MassHealth e Health Safety Net, inclusi coloro con un reddito familiare MAGI o un reddito Medical Hardship Family Countable (per famiglie in difficoltà) Health Safety Net tra il 150.1% e il 300% del FPL (Livello Federale di Povertà); e con Health Safety Net Medical Hardship soggetti alle seguenti eccezioni:

- a) BIDMC potrebbe tentare un'azione di recupero crediti nei confronti di qualsiasi paziente iscritto nei suddetti programmi relativamente alle partecipazioni alle spese e alle franchigie dovute, stabilite per ogni singolo programma;
- b) BIDMC potrebbe anche avviare una fatturazione o un recupero crediti contro un paziente che afferma di partecipare a un programma di assistenza finanziaria che copre i costi dei servizi ospedalieri, ma che è incapace di fornire prova di tale partecipazione. Dietro ricevuta di una prova soddisfacente della partecipazione di un paziente a un programma di assistenza finanziaria, (incluse le ricevute o la verifica della richiesta firmata) BIDMC terminerà le proprie attività di fatturazione e recupero crediti,
- c) BIDMC ha la facoltà di proseguire azione di recupero crediti contro un qualsiasi paziente a basso reddito per i servizi prestati prima della determinazione dello status di paziente a basso reddito, premesso che lo status corrente di paziente a basso reddito sia terminato, scaduto o non più identificato sul Sistema di verifica dell'idoneità o il Sistema di gestione delle informazioni Medicaid. Tuttavia, una volta che un paziente sia determinato idoneo e iscritto a MassHealth, al programma premium di assistenza nei pagamenti gestito da Health Connector, al Children's Medical Security Program, Health Safety Net o Health Safety Net Medical Hardship, BIDMC terminerà l'attività di recupero crediti per i servizi (con l'eccezione di qualsiasi partecipazione alle spese e franchigia) forniti prima che il paziente fosse giudicato idoneo.
- d) BIDMC potrebbe tentare un'azione di recupero crediti contro un qualsiasi paziente che partecipi ai programmi sopra elencati, relativamente ai servizi non coperti per i quali il paziente ha accettato la relativa responsabilità, purché l'ospedale abbia ottenuto il previo consenso scritto del paziente alla fatturazione di tali servizi. Tuttavia, anche in tali circostanze, BIDMC non addebiterà al paziente le richieste di risarcimento dovute ad errori medici o richieste di rimborso rifiutate dall'assicuratore principale del paziente dovuto a un errore amministrativo o di fatturazione.
- e) Su richiesta del paziente, BIDMC potrebbe fare addebiti a un paziente a basso reddito, in modo da permettere al paziente di raggiungere la franchigia una tantum richiesta dal CommonHealth, come descritto nel 130 CMR 506.009.

D. Crediti inesigibili dovuti a emergenze

BIDMC presenterà istanze per crediti inesigibili dovuti a servizi di emergenza come specificato nel 101 CMR 613.06(2). BIDMC non presenterà richieste di risarcimento per franchigie o porzioni di coassicurazione di una richiesta di rimborso per cui è responsabile un paziente assicurato o un paziente a basso reddito.

- a) Per i pazienti ricoverati, i consulenti finanziari di BIDMC faranno ogni ragionevole sforzo per ottenere le informazioni al fine di determinare la responsabilità per i pagamenti del paziente o garante, prima che il paziente venga dimesso, o se necessario, al momento della dimissione.

Nel caso in cui il paziente o garante/tutore sia incapace di fornire le informazioni richieste, e il paziente acconsente, l'ospedale farà tutti gli sforzi necessari per contattare parenti, amici, garanti/tutori e/o altre terze parti pertinenti per ulteriori informazioni.

- b) Per i servizi di emergenza e a pazienti esterni, lo staff di registrazione BIDMC farà ogni sforzo ragionevole, appena possibile, per ottenere le informazioni finanziarie al fine di determinare la responsabilità dai pagamenti da parte del paziente o garante.

E. Azioni straordinarie di recupero crediti

- a) BIDMC non effettuerà alcuna "azione straordinaria di recupero crediti" finché sia tempo debito e una volta fatti i ragionevoli sforzi e in seguito a una ragionevole verifica dello status finanziario del paziente e delle altre informazioni necessarie alla determinazione dell'idoneità per l'assistenza finanziaria, la quale determinerà se un paziente sia idoneo per l'assistenza finanziaria o sia esentato da qualsiasi attività di recupero crediti o di fatturazione sotto la presente politica di credito e recupero crediti. Il Direttore Finanziario detiene l'autorità finale per determinare se BIDMC abbia impiegato un ragionevole impegno per determinare se un individuo sia idoneo per l'assistenza finanziaria sotto la Politica di assistenza finanziaria BIDMC, e potrebbe pertanto intentare un'azione straordinaria di recupero crediti nei confronti di tale individuo. BIDMC conserverà tutti i documenti utilizzati in detta valutazione, secondo la politica dell'ospedale di conservazione delle informazioni applicabile.
- b) BIDMC accetterà e tratterà una richiesta di assistenza finanziaria sotto la propria politica di assistenza finanziaria presentata da un paziente per l'intero "periodo di richiesta." Il "periodo di richiesta" ha inizio nella data in cui vengono fornite le cure, e finisce alla fine dei 240 giorni dopo la data dell'invio della prima fattura ospedaliera, soggetta ai seguenti speciali requisiti aggiuntivi. Il periodo di richiesta non termina prima di 30 giorni dopo che l'ospedale ha inviato al paziente l'avviso di 30 giorni descritto in basso. Nel caso in cui un paziente che è stato preventivamente ritenuto idoneo per meno dell'assistenza più generosa disponibile sotto la politica di assistenza finanziaria, la richiesta non scadrà prima di un periodo di tempo ragionevole al fine che il paziente richieda un'assistenza finanziaria più generosa, come descritto di seguito.
- c) Le azioni straordinarie di recupero crediti includono:
 - i) Vendere il debito di un paziente a una parte diversa (a meno che non siano soddisfatti gli speciali requisiti stabiliti in basso);
 - ii) Informare le agenzie di controllo crediti o gli uffici per il credito;
 - iii) Ritardare, rifiutare o richiedere un pagamento prima di fornire assistenza necessarie da un punto di vista medico, per via del mancato pagamento di una o più fatture per servizi che in precedenza erano coperti sotto la politica di assistenza finanziaria dell'ospedale (il che viene considerato un'azione straordinaria di recupero crediti per i servizi forniti in precedenza)
 - iv) Azioni che richiedono processi legali o giudiziari, incluso:
 - (1) Sottoporre a ipoteca i beni di proprietà del paziente;
 - (2) Requisire un immobile;
 - (3) Aggredire o confiscare un conto bancario o una qualsiasi altra proprietà personale;
 - (4) Avviare un'azione civile contro un paziente;
 - (5) Far arrestare un paziente;
 - (6) Rendere un paziente soggetto a un atto di precetto; e
 - (7) Pignoramento del salario del paziente.
 - v) BIDMC gestirà la vendita di un debito di un paziente a una terza parte come un'azione straordinaria di recupero crediti, a meno che l'ospedale non stipuli un accordo vincolante per iscritto con l'acquirente del debito, secondo il quale (i) è proibito all'acquirente avviare azioni straordinarie di recupero crediti per ottenere il pagamento per l'assistenza; (ii) è proibito all'acquirente di addebitare gli interessi sul debito ad un tasso maggiore del tasso

applicabile dell'IRS (agenzia delle entrate) per i mancati pagamenti; (iii) il debito è rimborsabile o richiamabile dall'ospedale quando venga determinato che il paziente è idoneo per l'assistenza finanziaria; e (iv) se il paziente viene ritenuto idoneo per l'assistenza finanziaria il debito non è stato rimborsato o richiamato dall'ospedale, l'acquirente è tenuto ad aderire alle procedure che assicurino il pagamento da parte del paziente, di una somma non maggiore a quanto il paziente è responsabile per il pagamento secondo la politica di assistenza finanziaria.

- vi) Le azioni straordinarie di recupero crediti includono azioni intraprese per ottenere pagamenti per le cure, nei confronti di qualsiasi altro paziente che abbia accettato o a cui sia richiesto di accettare la responsabilità per le fatture ospedaliere del paziente, relative alle sue cure.
- d) BIDMC si asterrà dall'iniziare qualsiasi azione straordinaria di recupero crediti nei confronti di un paziente, per un periodo di almeno 120 giorni dalla data in cui l'ospedale invia la prima fattura ospedaliera, a meno che non si applichino i requisiti speciali per rimandare o rifiutare l'assistenza necessaria da un punto di vista medico, per motivi di insolvenza come descritto in basso.
- e) Oltre ad astenersi dall'iniziare qualsiasi azione straordinaria di recupero crediti per il periodo di 120 giorni descritto sopra, BIDMC si asterrà dall'iniziare qualsiasi azione straordinaria di recupero crediti per un periodo di almeno 30 giorni dopo che avrà informato il paziente della propria politica di assistenza finanziaria, come segue: L'ospedale (i) fornisce al paziente una notifica scritta che indica la disponibilità dell'assistenza finanziaria per i pazienti idonei, che identifica le azioni straordinarie di recupero crediti che l'ospedale (o terza parte autorizzata) intende avviare per ottenere il pagamento delle cure, e stabilisce un termine oltre il quale potrebbero essere intraprese azioni straordinarie di recupero crediti, il quale non è inferiore a 30 giorni successivi alla data in cui la notifica scritta è recapitata: (ii) fornisce al paziente un riepilogo semplificato della politica di assistenza finanziaria, e (iii) si impegna in modo ragionevole a informare il paziente a voce riguardo la politica di assistenza finanziaria e come il paziente può ottenere assistenza tramite il processo di richiesta della politica di assistenza finanziaria, a meno che non si applichino degli speciali requisiti che ritardino o provochino il rifiuto dell'assistenza necessaria da un punto di vista medico, come descritto in basso.
- f) BIDMC rispetterà i seguenti requisiti speciali, nell'evento in cui ritardi o rifiuti l'assistenza per via di un mancato pagamento di assistenza prestata in precedenza ritenuta idonea per l'assistenza finanziaria. L'ospedale può inviare l'avviso inferiore a 30 giorni descritto sopra, nel caso in cui fornisca al paziente un modulo di richiesta per l'assistenza finanziaria e un avviso scritto che indica la disponibilità dell'assistenza finanziaria per i pazienti idonei. L'avviso scritto stabilirà un termine oltre il quale l'ospedale non accetterà e tratterà più una richiesta di assistenza finanziaria. Detto termine non sarà inferiore di quello della fine del periodo di richiesta o a 30 giorni dopo la data in cui ha fornito il primo avviso scritto. Qualora il paziente presenti una richiesta prima del termine, l'ospedale elaborerà la richiesta in modo rapido.
- g) Se, durante il periodo di richiesta, un paziente presenta una richiesta per l'assistenza finanziaria completa o incompleta sotto la policy di assistenza finanziaria dell'ospedale, BIDMC sospenderà qualsiasi azione straordinaria di recupero crediti per ottenere il pagamento dei servizi. In tale situazione, l'ospedale non avvierà o proseguirà alcuna azione relativa a un'azione straordinaria di recupero crediti finché (i) l'ospedale determini che il paziente sia idoneo per l'assistenza finanziaria sotto la policy di assistenza finanziaria, oppure (ii) nel caso in cui venga presentata una richiesta per l'assistenza finanziaria incompleta, il paziente non abbia risposto alla richiesta di ulteriori informazioni e/o documentazione entro un periodo di tempo ragionevole. Inoltre, BIDMC non proseguirà azioni, dovute al fatto che la richiesta sia completa o incompleta, come descritto in basso.

- h) Nel caso in cui il paziente presenti una richiesta per l'assistenza finanziaria completa durante il periodo di richiesta, BIDMC determinerà se il paziente è idoneo per l'assistenza finanziaria. Se l'ospedale determina che il paziente, oltre che all'assistenza gratuita, sia idoneo per l'assistenza finanziaria, l'ospedale (i) fornirà al paziente un resoconto che indichi l'importo dovuto dal paziente per l'assistenza fruita come paziente idoneo per l'assistenza finanziaria, o che descriva come il paziente possa ottenere informazioni relative agli importi generalmente fatturati per i servizi, (ii) prenderà tutte le ragionevoli misure per annullare qualsiasi azione straordinaria di recupero crediti (con l'eccezione della vendita di debiti e ritardo o rifiuto, o la richiesta di un anticipo prima della prestazione di assistenza necessarie da un punto di vista medico per via del mancato pagamento di un paziente di fatture precedenti per servizi prestati in precedenza, per le quali il paziente era idoneo per l'assistenza finanziaria) intraprese contro il paziente per ottenere il pagamento per l'assistenza. Le misure ragionevoli per annullare un'azione straordinaria di recupero crediti includono le misure per annullare una sentenza, revocare un'imposta o una ipoteca, e rimuovere dal resoconto dei crediti del paziente qualsiasi informazione negativa che sia stata riportata a un'agenzia di rilevazione dei consumatori o ufficio crediti.
- i) Nel caso in cui, durante il periodo di richiesta, un paziente presenti una richiesta di assistenza finanziaria incompleta, l'ospedale invierà al paziente anche una comunicazione scritta che descriva le informazioni e/o documentazione aggiuntiva richiesta secondo la politica di assistenza finanziaria e che includa le informazioni di contatto.
- j) Sulla base di informazioni, oltre a quelle fornite dal paziente, o basandosi su una determinazione precedente di idoneità, BIDMC può ritenere preventivamente che il paziente sia idoneo per l'assistenza finanziaria secondo la politica di assistenza finanziaria. Nell'evento in cui il paziente sia determinato idoneo per meno dell'assistenza più generosa disponibile sotto la politica di assistenza finanziaria, l'ospedale: (I) informerà il paziente riguardo le basi per la determinazione dell'idoneità presunta e il modo in cui possa fare richiesta per l'assistenza più generosa disponibile sotto la politica di assistenza finanziaria; (ii) darà al paziente un periodo ragionevole di tempo per richiedere per l'assistenza più generosa prima di iniziare azioni straordinarie di recupero crediti per ottenere gli importi scontati dovuti; e (ii) nel caso in cui un paziente presenti una richiesta per l'assistenza finanziaria più generosa completa, durante il periodo di richiesta, determinerà se il paziente sia idoneo per uno sconto più generoso.
- k) BIDMC non pignerà un paziente a basso reddito o lo stipendio del suo garante, o non sottoporrà a ipoteca la residenza o i veicoli del paziente o del relativo garante, a meno che: (1) l'ospedale dimostri che il paziente o il relativo garante hanno le disponibilità per pagare, (2) il paziente/garante non risponda alle richieste di informazioni dell'ospedale o il paziente/garante rifiuti di collaborare con l'ospedale per cercare un programma di assistenza finanziaria disponibile, e (3) ai fini dell'ipoteca, a seconda del caso sia stato autorizzato dal consiglio di amministrazione dell'ospedale.
- l) BIDMC e i propri agenti non proseguiranno procedimenti di recupero crediti o fatturazioni che siano relativi a pazienti soggetti a istanze di fallimento, a parte che per garantire i propri diritti come creditore nell'ordine appropriato (azioni simili possono essere intraprese, ove applicabile, da programmi di pubblica assistenza che ha pagato per i servizi). Inoltre, l'ospedale e i propri agenti non applicheranno gli interessi sul conto aperto di un paziente a basso reddito o di pazienti che rientrano nei criteri di copertura attraverso il programma di assistenza finanziaria interno dell'ospedale.
- m) BIDMC si mantiene in conformità con i requisiti di fatturazione e rispetta i requisiti statali e federali applicabili relativi al mancato pagamento per servizi specifici, i quali sono il risultato o direttamente connessi a Gravi Eventi da Riportare (SRE), alla correzione di SRE, una complicazione sorta da un SRE o una nuova ammissione allo stesso ospedale per servizi relativi al SRE. Gli SRE che non avvengono all'ospedale sono esclusi dalla presente determinazione di

mancato pagamento, purché la struttura che effettua il trattamento e la struttura responsabile per il SRE non siano dello stesso proprietario o abbiano una parente controllata in comune. L'ospedale, inoltre, non cercherà pagamenti da un paziente a basso reddito tramite il programma Health Safety Net, i cui reclami erano stati inizialmente rifiutati da un programma di assicurazione per via di un errore di fatturazione amministrativo da parte dell'ospedale.

F. Agenzie di recupero crediti esterne

BIDMC può stipulare contratti con agenzie di recupero crediti esterne che lo assistano nella riscossione di determinati conti, inclusi gli importi dovuti dai pazienti che non sono stati corrisposti dopo 120 giorni di ripetute azioni di recupero crediti. L'ospedale ha anche la facoltà di stipulare contratti vincolanti con agenzie di recupero crediti esterne. Qualsiasi contratto che permetta la vendita del debito che non venga ritenuto come un'azione straordinaria di recupero crediti, soddisferà i requisiti descritti sopra. In tutti gli altri casi, se l'ospedale vende o cede il debito di un paziente a una terza parte, l'accordo con detta terza parte sarà specificamente progettato affinché non vengano prese azioni straordinarie di recupero crediti prima che siano stati fatti i ragionevoli sforzi per determinare se un paziente sia idoneo per l'assistenza finanziaria, incluso quanto segue: (I) la parte sospenderà le azioni straordinarie di recupero crediti, nel caso in cui un paziente presenti una richiesta prima del termine del periodo di richiesta, (ii) la parte seguirà le procedure per assicurare che il paziente non paghi, sia alla parte che all'ospedale insieme, più di quanto il paziente è tenuto a pagare secondo la politica di assistenza finanziaria e annullerà le azioni straordinarie di recupero crediti, qualora il paziente presenti una richiesta di assistenza finanziaria entro il termine del periodo di richiesta, e quest'ultimo venga ritenuto idoneo per l'assistenza finanziaria; e (iii) se la parte ripartisce o vende il debito a un'altra parte, la parte dovrà ottenere un accordo per iscritto che soddisfi tutti i requisiti di cui sopra. Tutte le agenzie di recupero crediti esterne assunte dall'ospedale, forniranno al paziente l'opportunità di presentare una contestazione e informeranno l'ospedale dei risultati di dette contestazioni dei pazienti. L'ospedale necessita che ogni agenzia di recupero crediti esterna a cui esso si rivolge agisca in conformità con i requisiti federali e statali per una corretta riscossione.

G. Anticipi e piani rateali

Ai sensi delle norme del Health Safety Net del Massachusetts, si applicano ai pazienti che sono: (1) ritenuti essere "Pazienti a basso reddito" o (2) beneficiano del Health Safety Net Medical Hardship, BIDMC fornirà al paziente le informazioni relative agli anticipi e piani di pagamento in base alla situazione finanziaria documentata del paziente. Qualsiasi altro piano sarà basato sul programma di assistenza finanziaria interno dell'ospedale, e non si applicherà ai pazienti che sono in grado di provvedere alle proprie spese.

a) Servizi di emergenza

BIDMC non richiederà, ai pazienti che necessitano di servizi di carattere di emergenza o che siano determinati come pazienti a basso reddito, anticipi prima dell'ammissione o prima del trattamento.

b) Anticipi di pazienti a basso reddito

BIDMC ha la facoltà di richiedere un anticipo ai pazienti determinati come a basso reddito. Tali anticipi saranno limitati al 20% dell'importo della franchigia, fino a un massimo di \$500. Tutti i conti restanti sono soggetti alle condizioni del piano di pagamento stabilite nel 101 CMR 613.08(1)(g).

c) Anticipi per i pazienti Health Safety Net Medical Hardship

BIDMC ha la facoltà di richiedere un anticipo ai pazienti idonei per la Health Safety Net Medical Hardship. Gli anticipi saranno limitati al 20% del contributo Health Safety Net Medical Hardship, fino

a un massimo di \$1.000. Tutti i conti restanti saranno soggetti alle condizioni del piano di pagamento stabilite nel 101 CMR 613.08(1)(g).

d) Piani di pagamento per i pazienti a basso reddito secondo il programma Health Safety Net del Massachusetts

A un paziente il cui conto sia pari o inferiore a \$1.000, dopo il primo anticipo, verrà offerto un piano di pagamento della durata di almeno un anno, senza interessi e con una rata mensile non superiore a \$25.

A un paziente che, dopo il primo anticipo, abbia un conto di oltre \$1.000, verrà offerto un piano di pagamento di almeno due anni e senza interessi.

e) Piani di pagamento per i pazienti parzialmente a basso reddito del HSN secondo il programma Health Safety Net del Massachusetts per i servizi fruiti in un Centro ospedaliero autorizzato.

Fino al raggiungimento dell'intera franchigia, a tutti i pazienti parzialmente a basso reddito di Health Safety Net verrà addebitato il 100% degli importi dovuti.