

## Indice

---

Politica di Assistenza Finanziaria WH .....	2
Ambito di applicazione .....	2
Riferimenti .....	2
Scopo.....	2
Definizioni .....	3
Idoneità all'Assistenza Finanziaria da parte di WH .....	8
Servizi non idonei per l'Assistenza Finanziaria fornita da WH .....	8
Assistenza disponibile.....	9
Programmi di pubblica assistenza.....	10
Assistenza mediante Health Safety Net .....	11
Ruolo del consulente di Assistenza Finanziaria.....	13
Obblighi del paziente .....	15
Assistenza Finanziaria dell'ospedale .....	16
Sconti di Assistenza Finanziaria .....	18
Politica di Assistenza Finanziaria .....	18
Motivi per il rifiuto .....	20
Idoneità presunta.....	21
Sconto per pagamento immediato.....	22
Servizi sanitari di emergenza .....	22
Credito e recupero crediti.....	22
Requisiti normativi.....	23
Appendice 1 Modulo di richiesta per l'Assistenza Finanziaria .....	24
Appendice 2 Richiesta per Medical Hardship .....	28
Appendice 3 Tabella sconti in base al reddito e soglie di Patrimonio .....	31
Appendice 4 Importi generalmente fatturati (AGB).....	32
Appendice 5 Fornitori e Cliniche - Coperti e non coperti .....	33
Appendice 6 Pubblico accesso alla documentazione.....	34
Cronologia della Politica.....	35

---

## Politica di Assistenza Finanziaria WH

---

### Ambito di applicazione

La presente politica si applica al Winchester Hospital (“WH”, “l’ospedale” o “Ospedale”), in rispetto agli ospedali da esso gestiti e qualsiasi entità sostanzialmente collegata (come definito nei regolamenti del Dipartimento del Tesoro, art. 501(r)) e i fornitori impiegati da o affiliati con WH (vedi Appendice Cinque (5) per la lista completa dei fornitori coperti ai sensi della presente politica).

---

### Riferimenti

EMTALA: Raccolta di informazioni finanziarie  
Politica di credito e recupero crediti  
Linee guida federali sulla povertà, Dipartimento della salute e sociali degli Stati Uniti.  
Avviso IRS 2015-46 e 29 CFR NN 1.501(r)-(4)-(6)  
Appendice 1: Richiesta di assistenza finanziaria per il Charity Care  
Appendice 2: Richiesta di assistenza finanziaria per Medical Hardship  
Appendice 3: Tabella sconti basata sugli scaglioni di reddito e patrimonio  
Appendice 4: Importi generalmente fatturati (AGB)  
Appendice 5: Fornitori e reparti coperti e scoperti  
Appendice 6: Pubblico accesso alla documentazione

---

### Scopo

La nostra missione è quella di distinguerci grazie all’eccellenza nella cura dei pazienti, nell’istruzione, nella ricerca e mediante una sanità migliore nelle comunità dove operiamo.

WH si impegna a fornire un’Assistenza Finanziaria ai pazienti che risultino non assicurati o non adeguatamente assicurati, o non idonei a partecipare a un programma statale o che non siano in grado per altri motivi di pagare cure d’emergenza, cure urgenti o altri servizi necessari sotto il profilo medico. La presente Politica di Assistenza Finanziaria è da intendersi essere in conformità con le leggi federali e statali vigenti per la nostra area di attività. I pazienti idonei per l’Assistenza Finanziaria riceveranno cure a prezzi scontati, prestate dai fornitori qualificati WH. Per i pazienti ritenuti idonei per l’Assistenza Finanziaria da un ospedale affiliato (inclusi: Addison Gilbert Hospital; Anna Jaques Hospital, BayRidge Hospital; Beth Israel Deaconess Medical Center; Beth Israel Deaconess Hospital – Milton, Beth Israel

Deaconess Hospital – Needham; Beth Israel Deaconess Hospital – Plymouth; Beverly Hospital; Lahey Hospital & Medical Center, Burlington; Lahey Medical Center, Peabody; Mount Auburn Hospital e il New England Baptist Hospital) non sarà necessario richiedere nuovamente l'Assistenza Finanziaria da WH.

L'Assistenza Finanziaria fornita ai sensi della presente politica, viene erogata presupponendo che la cooperazione da parte del paziente al processo di richiesta della politica, e ai programmi di pubblico beneficio o copertura che possono essere eventualmente a disposizione per coprire i costi dell'assistenza.

Non si effettuano discriminazioni secondo l'età, il sesso, la razza, il credo, la religione, l'eventuale disabilità, orientamento sessuale, identità di genere, nazionalità o status di immigrazione nel processo di determinazione dell'idoneità del paziente.

---

## Definizioni

Le seguenti definizioni sono applicabili a tutte le sezioni della presente politica.

La classificazione di servizi emergenza e non-emergenza si basa sulle definizioni generali seguenti, così come sul parere clinico del medico curante. Le definizioni dei cure d'emergenza o urgenti fornite in basso sono inoltre utilizzate dall'ospedale, ai fini di determinare l'emergenza ammissibile e la copertura di crediti inesigibili con carattere di urgenza secondo il programma di Assistenza Finanziaria dell'ospedale, incluso l'Health Safety Net.

**Importi generalmente fatturati (AGB):** Si definiscono AGB gli importi generalmente fatturati per cure d'emergenza o urgenti o altre cure necessarie da un punto di vista medico, a individui provvisti di un'assicurazione che copre tali cure. WH utilizza il metodo "Look-Back" descritto nel 29 CFR N. 1.501(r)-5(b)(3) al fine di determinare la percentuale dell'AGB. La percentuale AGB viene calcolata dividendo la somma degli importi di tutte le richieste di rimborso pervenute a WH per le cure d'emergenza o urgenti e altre cure necessarie da un punto di vista medico, che sono riconosciute da assicuratori privati e dai rimborsi spesa per prestazione erogata del Medicare durante il periodo fiscale precedente (1° ottobre - 30 settembre) (incluse le coassicurazioni, le partecipazioni alle spese e le franchigie) per la somma dell'insieme delle Spese Lorde per tali reclami. L'AGB viene poi determinato moltiplicando la percentuale AGB per le spese lorde relative alle cure fornite al paziente. WH utilizza solo una singola percentuale AGB e non calcola

percentuali diverse per diversi tipi di cure. La percentuale AGB verrà calcolata annualmente a partire dal 45° giorno seguente alla chiusura dell'anno fiscale precedente, e applicato a partire dal 120° giorno seguente alla chiusura dell'anno fiscale. Una volta determinato se un individuo è idoneo per l'Assistenza Finanziaria ai sensi della presente politica, a detto individuo non dovranno essere addebitati importi oltre l'AGB per i cure d'emergenze o urgenti o altre cure necessarie da un punto di vista medico.

Per ulteriori informazioni, vedi l'appendice quattro (4).

**Periodo di richiesta:** Il periodo durante il quale le richieste per l'Assistenza Finanziaria verranno accettate ed evase. Il periodo di richiesta inizia nella data in cui viene fornito il primo estratto conto post-dimissione, fino al 240° giorno successivo a tale data.

**Patrimonio:** È composto da:

- Conti di risparmio
- Conti correnti
- Conti di risparmio sanitari (HSA)\*
- Piani di rimborso sanitari (HRA)\*
- Conti spese flessibili (FSA)\*

\* Se un paziente/Garante è titolare di HSA, HRA, FSA o fondi simili destinati alle spese mediche familiari, detto individuo non è idoneo per l'assistenza ai sensi della presente politica fintanto che dette risorse non siano terminate.

**Charity Care:** I pazienti, o i loro Garanti, con un Reddito Familiare annualizzato pari o inferiore al 400% del FPL, o che altrimenti soddisfano altri criteri di idoneità indicati nella presente politica, riceveranno un'esenzione del 100% per il saldo dovuto dal paziente per i servizi sanitari ammessi, forniti dal WH.

**Servizi elettivi:** Un servizio ospedaliero che non si qualifica come cure d'emergenza, cure urgenti o altre cure necessarie da un punto di vista medico (come indicato in basso)

**Cure d'emergenza:** Prodotti o servizi forniti allo scopo di una valutazione, di una diagnosi e/o di un trattamento di una condizione medica d'emergenza.

**Condizioni sanitarie di emergenza:** Come definito nell'articolo 1867 del Social Security Act (42 U.S.C. 1395dd) il termine "Condizioni sanitarie di emergenza" significa una condizione sanitaria che si manifesta con sintomi

acuti o con sufficiente gravità, che ci si potrebbe ragionevolmente aspettare che l'assenza di assistenza sanitaria potrebbe risultare in:

1. Porre la salute dell'individuo (o, relativamente a donne in gravidanza, la salute della donna e del feto) in serio pericolo;
2. Gravi danni alle funzioni corporali;
3. Seria disfunzione di un organo o di una parte del corpo; o
4. Relativamente a una donna in gravidanza che sta avendo le contrazioni:
  - a. Manca il tempo adeguato a effettuare un trasferimento sicuro a un altro ospedale per il parto; e
  - b. Tale trasferimento potrebbe minacciare la salute o la sicurezza della donna e del feto

**Famiglia:** come definito dall'ufficio del censimento degli Stati Uniti, un gruppo di due o più persone che risiedono insieme o che sono legate da nascita, matrimonio o adozione. Se, nella propria dichiarazione dei redditi, un paziente indica un terzo a carico, secondo le norme dell'IRS (Agenzia delle Entrate), potrebbero essere considerati a carico per gli scopi di determinazione dell'idoneità secondo la presente politica.

**Reddito Familiare:** il Reddito Familiare di un richiedente è il reddito lordo congiunto di tutti i membri adulti della Famiglia che vive nella stessa casa e incluso nell'ultima dichiarazione dei redditi. Per i pazienti minori di 18 anni, il Reddito Familiare include quello del/i genitore/i, genitori adottivi o parenti tutori. Il Reddito Familiare viene determinato utilizzando la definizione dell'ufficio del censimento, come segue, quando si conteggiano le linee guida federali sulla povertà:

1. Sono inclusi i guadagni, le indennità per la disoccupazione, le indennità per gli infortuni sul lavoro, la previdenza Sociale, il reddito integrativo pensionistico, assistenza pubblica, pagamenti ai veterani, le prestazioni per i superstiti, il reddito pensionistico, gli interessi, i dividendi, gli affitti, le royalties, il reddito derivante da immobili, trust, borse di studio e alimenti
2. Benefici diversi dai contanti (come buoni per gli alimenti e sussidi per la casa) non vengono conteggiati.
3. Determinato sulla base dell'imponibile al netto delle imposte (lordo)
4. Esclude i guadagni e le perdite di capitale

**Livello di povertà federale:** Il livello di povertà federale (FPL) utilizza gli scaglioni di reddito che variano in base alla dimensione e alla composizione della Famiglia, in modo da determinare chi si trova in situazione di povertà

negli Stati Uniti. Esso viene aggiornato periodicamente nel Registro Federale del Dipartimento di salute e servizi al cittadino degli Stati Uniti, ai sensi dell'autorità della sottosezione (2) dell'articolo 9902 del Titolo 42 del Codice degli Stati Uniti. Su <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> è possibile trovare le linee guida FPL in vigore.

**Assistenza Finanziaria:** Si tratta di assistenza, comprendente Charity Care e Medical Hardship, prestate a pazienti che altrimenti si troverebbero ad affrontare problemi economici, in modo da liberarli dagli obblighi finanziari dovuti per cure d'emergenza, cure urgenti o altre cure necessarie da un punto di vista medico fornite da WH.

**Garante:** Una persona diversa dal paziente che è responsabile per il conto del paziente.

**Spese lorde:** Spese totali secondo la tariffa piena stabilita per la fornitura di servizi di assistenza al paziente, prima dell'applicazione della franchigia dai ricavi.

**Senzatetto:** Come definito dal governo federale, e pubblicato nel registro federale da parte dell'HUD: "Un individuo o famiglia senza una residenza fissa, regolare e adeguata per il pernottamento, che significa che l'individuo o la famiglia dispone di una residenza per il pernottamento (pubblica o privata) il cui uso principale non è quello abitativo, o vive in un rifugio gestito pubblicamente o privatamente destinato a fornire soluzioni di residenza temporanea. Questa categoria include inoltre individui, i quali stanno per uscire da un istituto nel quale hanno risieduto per 90 giorni o meno, o chi ha risieduto in un rifugio o luogo di emergenza non destinato ad abitazione subito prima di accedere a tale istituto."

**All'interno del Network:** WH e le sue affiliate hanno sottoscritto un contratto con la società assicurativa del paziente per il rimborso secondo i tassi negoziati.

**Medical Hardship:** L'Assistenza Finanziaria fornita ai pazienti idonei, le cui spese mediche sono maggiori o pari al 25% del loro Reddito Familiare.

**Assistenza necessaria da un punto di vista medico:** I prodotti e i servizi necessari da un punto di vista medico, come i servizi sanitari per i pazienti ricoverati e quelli di ambulatorio, che vengono forniti a scopi di valutazione, diagnosi e/o trattamento di infortuni o malattie. Oltre al soddisfare i requisiti clinici, detti prodotti o servizi sono generalmente coperti dal Medicare Fee-

For-Service, Assicuratori Sanitari Privati o altre assicurazioni di terze parti.

**Medicare Fee-for-Service:** L'assicurazione sanitaria offerta ai sensi del Medicare Parte A e B del titolo XVIII del Social Security Act (42 USC 1395c-1395w-5).

**Fuori dal Network:** WH e le sue affiliate non hanno sottoscritto un contratto con la società assicurativa del paziente per il rimborso secondo i tassi negoziati, che generalmente risulta in una maggiore responsabilità del paziente.

**Piano di pagamento:** Un piano di pagamento che sia accordato sia da WH, o un fornitore di terze parti che rappresenti WH e il paziente/Garante per le spese vive. Il Piano di Pagamento terrà conto delle circostanze finanziarie del paziente, l'importo dovuto e qualsiasi pagamento già effettuato.

**Idoneità presunta:** Sotto alcune circostanze, i Pazienti non Assicurati possono essere presunti o ritenuti idonei per l'Assistenza Finanziaria, in base alla loro registrazione in altri programmi che vanno in base alle condizioni economiche o altre fonti di informazioni che non sono fornite direttamente dal paziente, in modo da effettuare una valutazione individuale delle necessità finanziarie.

**Assicuratore Sanitario Privato:** Una qualsiasi organizzazione che non sia un'unità governativa che offre assicurazioni sanitarie, incluse organizzazioni non governative che gestiscono piani di assicurazione sanitaria secondo il Medicare Advantage.

**Periodo di fruizione:** I richiedenti ritenuti idonei per l'Assistenza Finanziaria riceveranno assistenza per un periodo di sei mesi dalla data di approvazione. I pazienti che beneficiano dell'Assistenza Finanziaria possono attestare che non ci sono stati cambiamenti nella propria situazione finanziaria alla fine del periodo di fruizione di sei (6) mesi, in modo da estendere l'idoneità per ulteriori sei (6) mesi.

**Paziente non assicurato:** Un paziente senza copertura di terze parti fornite da un Assicuratore Sanitario Privato, un assicuratore ERISA, un programma sanitario federale (inclusi, ma senza limitazioni: Medicare Fee-for-Service, Medicaid, SCHIP e CHAMPUS), indennizzo per infortuni sul lavoro, o altre forme di assistenza messe a disposizione da terze parti al fine di coprire i costi delle spese sanitarie del paziente.

**Pazienti non adeguatamente assicurati:** Qualsiasi individuo che disponga di copertura da parte del governo, per il quale sarebbe un disagio finanziario pagare interamente le spese vive presunte per i servizi medici forniti da WH.

**Assistenza urgente:** Le cure sanitarie, necessarie da un punto di vista medico, prestati presso un ospedale acuto all'insorgere di una condizione medica, sia fisica che mentale, manifestatasi con sintomi di sufficiente gravità (incluso il dolore acuto), tale per cui una persona prudente con una conoscenza nella media in campo medico e della salute possa ragionevolmente pensare che l'assenza di assistenza medica entro 24 ore ponga la salute di un paziente in serio pericolo, o causare gravi danni alle funzioni corporee, o la disfunzione di un organo o di una parte del corpo.

---

**Idoneità  
all'Assistenza  
Finanziaria da  
parte di WH**

I servizi idonei per l'Assistenza Finanziaria devono essere clinicamente adeguati e mantenendo standard accettabili della prassi medica ed includere:

1. Addebiti di strutture all'interno del Network e all'esterno del Network per cure d'emergenza come definito in alto.
  2. Le spese per gli specialisti all'interno e al di fuori del Network per cure d'emergenza come definito in alto, fornite dai fornitori impiegati da WH e dai suoi affiliati, come indicato nell'Appendice (5).
  3. Addebiti di strutture all'interno del Network per cure d'emergenza, come definito in alto.
  4. Addebiti di strutture all'interno del Network per Cure necessarie da un punto di vista medico, come definito in alto
  5. Le spese per gli specialisti all'interno del Network per cure d'emergenza e cure necessarie da un punto di vista medico dai fornitori impiegati da WH e dalle sue affiliate come elencato nell'Appendice Cinque (5)
- 

**Servizi non  
idonei per  
l'Assistenza  
Finanziaria  
fornita da WH**

I Servizi non idonei per l'Assistenza Finanziaria comprendono:

1. Spese per specialisti e addebiti di strutture per Servizi Facoltativi, come definito in alto,
2. Spese specialistiche per l'assistenza fornita da fornitori che non seguono la Politica di Assistenza Finanziaria (ad esempio: professionisti medici o medici privati o non di WH, trasporto in ambulanza, ecc.) come elencato nell'Appendice Cinque (5). I pazienti sono invitati a contattare detti fornitori direttamente, al fine di



controllare se questi ultimi forniscano assistenza finanziaria e su quali sono le modalità di pagamento. Vedi l'appendice cinque (5) per una lista completa dei fornitori che la presente politica non copre.

3. Addebiti di strutture all'esterno del Network e spese specialistiche per cure urgenti e cure necessarie da un punto di vista medico che non siano cure d'emergenza come definito in alto.

---

**Assistenza  
disponibile**

In basso, sono descritte nel dettaglio le modalità in cui WH offre di assistere i pazienti nella richiesta per i programmi di pubblica assistenza e di Assistenza Finanziaria ospedaliera.

WH farà tutto quanto diligentemente possibile per ottenere le informazioni sullo status assicurativo del paziente e altre informazioni utili, al fine di verificare la copertura per i servizi sanitari di emergenza e assistenza sanitaria a pazienti ricoverati e ambulatoriali, che vengono erogati dall'ospedale. L'ottenimento di tali informazioni sarà effettuato prima dell'erogazione di prodotti o servizi che non costituiscano cure d'emergenza o cure urgenti. L'ospedale posporrà qualsiasi tentativo di ottenere tali informazioni durante la fornitura di una qualsiasi cura d'emergenza o urgente di un qualsiasi livello di emergenza EMTALA, nel caso in cui il processo per ottenere tali informazioni ritarderebbe o interferirebbe sia con gli esami medici o con il servizio effettuato per stabilizzare una condizione sanitaria di emergenza.

Gli sforzi ragionevoli della due diligence dell'ospedale per verificare se un'assicurazione di terze parti o altre 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.

Prima di inoltrare una richiesta di risarcimento, WH controllerà 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, o Health Safety Net per la copertura dei crediti inesigibili.

---

**Programmi di  
pubblica  
assistenza**

L'ospedale lavorerà assieme ai Pazienti non Assicurati o ai Pazienti Sottoassicurati per assisterli nel presentare richiesta per i programmi di pubblica assistenza che potrebbero coprire in parte o in toto le loro fatture ospedaliere insolute. Al fine di aiutare i Pazienti non Assicurati e i Pazienti Sottoassicurati nel trovare le opzioni appropriate e disponibili, l'ospedale fornirà a tutti gli individui un avviso generico della disponibilità di programmi di pubblica assistenza. Questo, durante la registrazione iniziale del paziente presso un'unità ospedaliera per un servizio, o indicandolo nelle fatture che vengono inviate al paziente o al Garante, e quando il fornitore venga informato, o venga a conoscenza grazie alla propria due diligence, di un cambiamento nello status del paziente per l'idoneità a una copertura assicurativa, sia pubblica che privata.

I pazienti dell'ospedale potrebbero essere idonei per una riduzione parziale o totale dei costi dei servizi sanitari, mediante molteplici programmi di pubblica assistenza (incluso, ad esempio, MassHealth, il programma premium di assistenza nei pagamenti gestito da Health Connector, il Children's Medical Security Program, e Health Safety Net). Detti programmi sono destinati ad assistere i pazienti a basso reddito, tenendo conto della capacità di ogni singolo individuo a provvedere ai costi della propria assistenza. Quando richiesto, l'ospedale aiuterà i Pazienti non Assicurati o i Pazienti Sottoassicurati, nel presentare richiesta per i programmi di pubblica assistenza che potrebbero coprire in parte o in toto le loro fatture ospedaliere

insolite.

L'ospedale è disponibile ad assistere i pazienti a registrarsi ai programmi statali di copertura sanitaria. Ciò include: MassHealth, il programma premium di assistenza nei pagamenti gestito da Health Connector dello stato e il Children's Medical Security Plan. Per tali programmi, i richiedenti possono inoltrare una richiesta attraverso un sito internet (che si trova localizzato nel sito Health Connector dello stato), tramite una richiesta cartacea o per telefono con un rappresentante del servizio clienti che si trovi presso MassHealth o il Connector. Gli individui possono anche richiedere assistenza da parte dei consulenti finanziari dell'ospedale (chiamati anche consulenti certificati per le richieste) per inoltrare la richiesta, sia tramite il sito internet, che con una richiesta cartacea.

---

**Assistenza  
mediante  
Health Safety  
Net**

Partecipando al Massachusetts Health Safety Net, l'ospedale fornisce anche Assistenza Finanziaria ai Pazienti non Assicurati e ai Pazienti Sottoassicurati a basso reddito, residenti del Massachusetts e che soddisfano i requisiti di reddito previsti. L'Health Safety Net è stato creato per distribuire in modo più equo il costo della fornitura non remunerata di assistenza ai Pazienti non Assicurati o ai Pazienti Sottoassicurati a basso reddito, e questo fornendo assistenza gratuita o scontata negli ospedali acuti in Massachusetts. Il pooling di Health Safety Net per l'assistenza non corrisposta viene perseguito attraverso una valutazione di ogni ospedale a coprire il costo dell'assistenza per i Pazienti non Assicurati e i Pazienti Sottoassicurati con redditi inferiori al 300% del Livello di Povertà Federale.

I pazienti a basso reddito che ricevono servizi presso l'ospedale per mezzo dell'Health Safety Net, potrebbero essere idonei per l'Assistenza Finanziaria, inclusi i servizi gratuiti o parzialmente gratuiti idonei per Health Safety Net, stabiliti nel 101 CMR 613.00.

*(a) Health Safety Net - Primario*

I pazienti non Assicurati che sono residenti nel Massachusetts con reddito Familiare verificato MassHealth MAGI o reddito familiare di Medical Hardship, come descritto nel 101 CMR 613.04(1), tra lo 0 e il 300% del livello di povertà federale (Federal Poverty Level) possono essere determinati come idonei per i servizi Health Safety Net.

Il periodo di idoneità e il tipo dei servizi per *Health Safety Net - Primario* è limitato ai pazienti idonei per la registrazione nel Premium Assistance Payment Program (Programma premium di assistenza al pagamento)

gestito da Health Connector come descritto nel 101 CMR 613.04(5)(a) e (b). I pazienti soggetti ai requisiti del Student Health Program (Programma sanitario per gli studenti) del M.G.L. c. 15A, § 18 non sono idonei per l'*Health Safety Net - Primario*.

*(b) Health Safety Net – Secondario*

I pazienti che sono residenti del Massachusetts con assicurazione medica primaria e Reddito Familiare MassHealth MAGI o reddito Medical Hardship Family Countable (per famiglie in difficoltà), come descritto nel 101 CMR 613.04(1), tra lo 0 e 300% del FPL, possono essere determinati come idonei per i servizi Health Safety Net. Il periodo di idoneità e il tipo dei servizi per *Health Safety Net - Secondario* è limitato ai pazienti idonei per la registrazione nel Premium Assistance Payment Program (Programma premium di assistenza al pagamento) gestito da Health Connector come descritto nel 101 CMR 613.04(5)(a) e (b). I pazienti soggetti ai requisiti del Student Health Program (Programma sanitario per gli studenti) del M.G.L. c. 15A, § 18 non sono idonei per l'*Health Safety Net - Primario*.

*(c) Health Safety Net - Franchigie parziali*

I pazienti con i requisiti per *Health Safety Net Primario* o *Health Safety Net – Secondario* con Reddito Familiare MassHealth MAGI o reddito Medical Hardship Family Countable (per famiglie in difficoltà) tra il 150.1% e il 300% del FPL (Livello Federale di Povertà) possono essere soggetti a una franchigia annuale se tutti i membri del Premium Billing Family Group (PBF) hanno un reddito oltre il 150.1% dell'FPL. Questo gruppo viene definito nel 130 CMR 501.0001.

Se qualsiasi membro del PBF avesse un FPL sotto il 150.1% non ci saranno franchigie per nessun altro membro del PBF. La franchigia annuale è pari al più grande tra:

1. il Programma di Assistenza Pagamenti Premium meno costoso gestito da Health Connector premium, rettificato in base alla dimensione del PBF proporzionalmente al reddito del FPL MassHealth standard, all'inizio dell'anno solare; oppure
2. Il 40% della differenza tra il Reddito Familiare MassHealth MAGI o Medical Hardship Family Countable più bassi, come descritto in 101 CMR 613.04(1), nel PBF e il 200% dell'FPL

*(d) Health Safety Net - Medical Hardship*

Un residente del Massachusetts con qualsiasi reddito può avere i requisiti per *Health Safety Net - Medical Hardship (Medical Hardship)* attraverso

Health Safety Net, nel caso in cui le spese sanitarie ammissibili hanno ridotto il suo reddito a tal punto da non riuscire a far fronte alle spese per servizi sanitari. Per beneficiare del *Medical Hardship*, le spese sanitarie sostenibili del richiedente devono eccedere una specifica percentuale del reddito imponibile del richiedente, stabilito nel 101 CMR 613:

Il contributo richiesto al richiedente è calcolato in base alla specifica percentuale del reddito imponibile specificato nel 101 CMR 613.05(1)(b) basato sul Livello Federale di Povertà *Medical Hardship* Family, moltiplicato per l'effettivo reddito imponibile detratte le spese non idonee a rientrare nei pagamenti del Health Safety Net, e delle quali il richiedente dovrà farsi carico. Ulteriori requisiti per *Medical Hardship* sono specificate nel 101 CMR 613.05.

Un ospedale potrebbe richiedere degli anticipi ai pazienti idonei per Medical Hardship. Gli anticipi saranno limitati al 20% del contributo per 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).

Per Medical Hardship, l'ospedale lavorerà assieme al paziente per determinare se un programma come condizioni sanitarie disagiate sia appropriato e presentare una richiesta per Medical Hardship all'Health Safety Net. È dovere del paziente, fornire tutte le informazioni necessarie come richiesto dall'ospedale, in un lasso di tempo appropriato al fine di assicurare che l'ospedale possa presentare una richiesta completa.

---

**Ruolo del  
consulente di  
Assistenza  
Finanziaria**

L'ospedale aiuterà i Pazienti non Assicurati e i Pazienti Sottoassicurati a richiedere la copertura sanitaria tramite un programma di pubblica assistenza (incluso, ad esempio: MassHealth, il programma premium di assistenza nei pagamenti gestito da Health Connector e il Children's Medical Security Program), e lavorerà assieme agli individui affinché si registrino correttamente. Inoltre, l'ospedale aiuterà i pazienti che desiderano richiedere l'Assistenza Finanziaria tramite Health Safety Net.

L'ospedale:

- a) Fornire informazioni riguardo l'intera gamma di programmi, incluso MassHealth, il programma premium di assistenza nei pagamenti gestito da Health Connector e il Children's Medical Security Program e l'Health Safety Net.
- b) Aiutare gli individui a completare una nuova richiesta per la

- copertura o presentare un rinnovo per la copertura esistente;
- c) Lavorare assieme all'individuo per ottenere tutta la documentazione richiesta;
- d) Presentare richieste o rinnovi (assieme a tutta la documentazione richiesta);
- e) Interagire, quando possibile e quando consentito sotto il sistema di limitazioni attuale, con i programmi sullo status di dette richieste e rinnovi;
- f) Aiutare a favorire la registrazione dei richiedenti o beneficiari in programmi assicurativi; e
- g) Offrire e fornire assistenza per l'iscrizione nelle liste elettorali.

L'ospedale informerà il paziente in merito agli obblighi di fornire all'ospedale e alle agenzie statali di pertinenza informazioni accurate e tempestive riguardo al proprio nome completo, indirizzo, numero di telefono, data di nascita, codice fiscale (se disponibile), opzioni assicurative attualmente disponibili (includendo casa, veicoli, e altre polizze assicurative), che possono coprire il costo delle cure ricevute; altre risorse economiche di rilievo, e informazioni di cittadinanza/residenza. Tali informazioni saranno inoltrate allo stato come parte della richiesta per programmi di pubblica assistenza, per determinare la copertura per i servizi forniti all'individuo.

Se l'individuo o Garante non è in grado di fornire le informazioni necessarie, l'ospedale può (su richiesta dell'individuo) impegnarsi, entro i limiti ragionevoli, ad ottenere le informazioni attraverso altre fonti. Tali sforzi includono la collaborazione con gli individui, quando richiesto, per determinare se una fattura per i servizi ricevuti debba essere inviata all'individuo per assisterlo con la franchigia una tantum. Ciò avviene: quando l'individuo pianifica i propri servizi, durante la pre-registrazione, mentre l'individuo viene ammesso in ospedale, alla sua dimissione, o in un tempo ragionevole dopo la dimissione dall'ospedale. Le informazioni ottenute dall'ospedale saranno conservate in conformità con le leggi sulla privacy e la sicurezza, sia federali che statali, attualmente in vigore.

Durante il processo di richiesta, l'ospedale informerà il paziente della propria responsabilità di comunicare, sia all'ospedale che all'agenzia statale che fornisce la copertura per i servizi sanitari, una qualsiasi terza parte che sia responsabile per il pagamento delle richieste di risarcimento, incluse le polizze sulla casa, auto o altri tipi di RC. Se il paziente ha presentato un reclamo assicurativo o istituito una causa contro una terza parte, l'ospedale informerà il paziente della necessità di informare il fornitore e il programma statale entro 10 giorni da tale azione. Il paziente sarà inoltre informato del

fatto di dover rimborsare l'agenzia statale pertinente dell'importo fornito per la copertura dei servizi sanitari da parte del programma statale, se è stato ottenuto un rimborso da un reclamo, o cedere il diritto allo stato per permettergli di recuperare gli importi applicabili.

Quando l'individuo contatta l'ospedale, l'ospedale tenterà di determinare se un detto individuo sia idoneo per un programma di pubblica assistenza o a ricevere l' Assistenza Finanziaria dell'ospedale. Un individuo registrato in un programma di pubblica assistenza può beneficiare di determinate prestazioni. Gli individui possono inoltre essere idonei per assistenza aggiuntiva in base al programma di Assistenza Finanziaria dell'ospedale, che si basa sul reddito documentato, il Patrimonio e le spese sanitarie ammissibili dell'individuo.

---

#### **Obblighi del paziente**

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 Cure Urgenti), ci si aspetta che il paziente fornisca in modo tempestivo ed accurato, le informazioni sul proprio status assicurativo attuale, dati anagrafici, cambiamenti nel proprio Reddito Familiare o delle coperture della polizza 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:

- 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;
- Ove possibile, 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;
- 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.



Il paziente è responsabile per 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 proprie fatture. Inoltre, è richiesto al paziente di 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.

Il paziente è tenuto a 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 fa parte di una richiesta di risarcimento che può coprire l'intero costo dei servizi prestati dall'ospedale. Se vi fosse una terza parte (come, ad esempio, un'assicurazione auto o sulla casa) che sia responsabile per la copertura dei costi assistenziali dovuti a un incidente automobilistico o di altro genere, il paziente collaborerà con l'ospedale o con il programma pertinente (inclusi, ad esempio, MassHealth, Connector, o Health Safety Net) per cedere il diritto di recupero degli importi pagati o insoluti per detti servizi.

---

**Assistenza  
Finanziaria  
dell'ospedale**

L'Assistenza Finanziaria verrà estesa ai Pazienti non Assicurati o Sottoassicurati e ai rispettivi Garanti che rientrano in specifici criteri, come definito in basso. Tali criteri permettono che la presente Politica di Assistenza Finanziaria venga applicata coerentemente nell'intera WH. WH si riserva il diritto di rivedere, modificare o cambiare la presente politica qualora lo ritenga necessario o appropriato. WH aiuterà gli individui a richiedere l'Assistenza Finanziaria dell'ospedale completando un modulo di richiesta (Vedi appendici 1 e 2).

Le risorse di pagamento (assicurazione messa a disposizione dal datore di lavoro, Medicaid, Fondi per gli indigenti, Vittime di crimini violenti, ecc.) devono essere revisionate e valutate prima di prendere in considerazione il paziente per l'Assistenza Finanziaria. Qualora sembri che un paziente sia idoneo per assistenza diversa, WH indirizzerà il paziente all'agenzia per assistenza pertinente per completare la richiesta e i moduli o assistere il paziente con dette richieste. I richiedenti per l'Assistenza Finanziaria sono tenuti a esaurire tutte le altre opzioni di pagamento come condizione per



essere approvati per l'Assistenza Finanziaria dell'ospedale, incluso fare richiesta per i programmi di pubblica assistenza e per Health Safety Net, come descritto in alto.

I richiedenti dell'Assistenza Finanziaria sono responsabili per la richiesta di partecipazione ai programmi pubblici e per la ricerca di una copertura assicurativa sanitaria privata. L'Assistenza Finanziaria potrebbe essere revocata a quei pazienti/Garanti che scelgono di non cooperare alla richiesta per i programmi identificati da WH come possibili risorse per il pagamento. Ci si aspetta che i richiedenti contribuiscano al costo della propria assistenza, secondo la propria abilità di pagare come indicato nella presente politica.

I pazienti/Garanti che risultino idonei per il Medicaid o altre assicurazioni sanitarie, devono richiedere la copertura Medicaid o fornire prove di aver presentato richiesta per il Medicaid o altra assicurazione sanitaria tramite il Federal Health Insurance Marketplace nei sei (6) mesi precedenti la richiesta per l'Assistenza Finanziaria WH. I pazienti/Garanti devono collaborare al processo di richiesta specificato nella presente politica, in modo da poter beneficiare dell'Assistenza Finanziaria.

I criteri considerati da WH nella valutazione dell'idoneità di un paziente per l'Assistenza Finanziaria ospedaliera includono:

- Reddito Familiare
- Patrimonio
- Obblighi medici
- Esaurimento di tutte le ulteriori assistenze di carattere privato o pubblico disponibili

Il programma di Assistenza Finanziaria di WH è disponibile per tutti i pazienti che soddisfano i requisiti stabiliti nella presente politica, senza tener conto della posizione geografica o status di residenza. L'Assistenza Finanziaria verrà concessa ai pazienti/Garanti in base alle proprie necessità finanziarie e secondo le leggi federali e dello stato.

L'Assistenza Finanziaria verrà offerta ai pazienti non adeguatamente assicurati idonei, fornendo tale assistenza secondo l'accordo contrattuale stipulato con l'assicuratore. In genere, l'Assistenza Finanziaria non è disponibile per la partecipazione alle spese o i conti del paziente, nel caso in cui il paziente non soddisfi i requisiti dell'assicurazione.

I pazienti, titolari di conti di risparmio sanitari (HSA); conti di rimborso sanitario (HRA) o conti spese flessibili (FSA), sono tenuti ad utilizzare i fondi

presenti nei rispettivi conti prima di poter essere considerati idonei per l'Assistenza Finanziaria dell'ospedale. WH si riserva il diritto di annullare gli sconti descritti nella presente politica, nel caso in cui venga determinato che tali termini violino qualsiasi obbligo contrattuale o legale di WH.

---

**Sconti di Assistenza Finanziaria**

In base alla valutazione del Reddito Familiare, del patrimonio e degli obblighi medici del richiedente, i pazienti potranno ricevere uno degli sconti elencati in basso. Tutti gli sconti descritti si basano sul conto aperto di cui il paziente è responsabile. Partecipazioni alle spese, coassicurazioni e franchigie fuori dalla rete non sono idonee per l'Assistenza Finanziaria. Allo stesso modo, i pazienti assicurati che decidono di non utilizzare una copertura di terze parti disponibile ("pagamento in proprio volontario) non sono idonei per l'Assistenza Finanziaria per gli importi dovuti su qualsiasi conto registrato come pagamento in proprio volontario. Tuttavia, in nessun caso, a nessun paziente ritenuto idoneo per l'Assistenza Finanziaria ospedaliera verranno addebitati importi superiori all'AGB.

**Charity Care:** WH fornirà cure scontate del 100%, secondo la presente politica, a quei pazienti/Garanti il cui Reddito Familiare è pari o inferiore al 400% del FPL attuale, e che comunque soddisfino gli altri criteri di idoneità stabiliti nella presente politica.

**Medical Hardship:** Verrà concesso uno sconto del 100% ai pazienti idonei, il cui debito medico è maggiore o uguale al 25% del proprio Reddito Familiare, e che comunque soddisfino gli altri criteri di idoneità stabiliti nella presente politica.

---

**Politica di Assistenza Finanziaria**

Le informazioni riguardanti la Politica di Assistenza Finanziaria di WH, il Riepilogo Semplificato e la Richiesta per l'Assistenza Finanziaria sono disponibili, in modo gratuito, sul sito di WH, affissi nelle località ospedaliere e cliniche e saranno tradotti in qualsiasi lingua che sia la lingua primaria parlata da almeno 1000 persone o dal 5% dei residenti presenti nella comunità servita da WH.

Inoltre, WH fa riferimento alle politiche di pagamento e di Assistenza Finanziaria su tutti i resoconti mensili dei pazienti e sulle lettere di recupero crediti. Su richiesta, sono disponibili in qualsiasi momento le informazioni sulla Politica di Assistenza Finanziaria,

1. I pazienti/Garanti possono richiedere l'Assistenza Finanziaria in qualsiasi momento durante il Periodo di Richiesta.
2. I pazienti/Garanti sono tenuti a cooperare e fornire la documentazione finanziaria, personale o di altro tipo al fine di poter determinare le esigenze finanziarie, ed essere quindi presi in considerazione per l'Assistenza Finanziaria. È possibile ottenere il Modulo di Richiesta per l'Assistenza Finanziaria in una delle seguenti modalità:
  - a. Sui sito pubblico di WH:  
<https://www.winchesterhospital.org/my-visit/insurance-billing-records/financial-assistance>
  - b. Di persona al Financial Counseling Unit (Ufficio Consulenza Finanziaria)  
41 Mall Road  
Burlington, MA 01803  
(781) 744-8815
  - c. Contattare il numero indicato in alto per richiedere l'invio tramite posta di una copia
  - d. Contattare il numero indicato in alto per richiedere una copia elettronica
3. I pazienti/Garanti sono tenuti a fornire un resoconto delle risorse finanziarie disponibile tempestivamente per il paziente/Garante. Il Reddito Familiare può essere verificato utilizzando uno o tutti i seguenti:
  - a. W2s corrente
  - b. Situazione attuale o dichiarazione dei redditi federale
  - c. Le ultime quattro (4) buste paga
  - d. Gli ultimi quattro (4) estratti conto e/o conti risparmio
  - e. Conti di risparmio sanitari
  - f. Piani di rimborso sanitari
  - g. Conti spese flessibili
4. Prima di valutare l'idoneità per l'Assistenza Finanziaria, il paziente/Garante deve fornire prova della propria richiesta per Medicaid o altra assicurazione sanitaria attraverso il Federal Health Insurance Marketplace (Mercato federale per l'acquisto di assicurazioni sanitarie) e deve fornire la documentazione relativa a una eventuale copertura di terze parti.
  - a. I consulenti finanziari WH assisteranno i pazienti/Garanti nella richiesta del Medicaid e, in seguito, assisteranno gli stessi individui nella richiesta per l'Assistenza Finanziaria.
  - b. Qualora un individuo richiedesse l'Assistenza Finanziaria nel periodo durante il quale sono aperte le iscrizioni sul Federal Health Insurance Marketplace (Mercato federale per l'acquisto

di assicurazioni sanitarie), detto individuo è tenuto a cercare una copertura prima della valutazione da parte di WH di una qualsiasi richiesta di Assistenza Finanziaria.

5. WH *non* può rifiutare l'Assistenza Finanziaria secondo la presente Politica basandosi sulla mancanza, da parte di un individuo, a fornire informazioni o documenti che non sono chiaramente specificati nella presente politica o nella richiesta di Assistenza Finanziaria.
6. WH determinerà l'idoneità definitiva per l'Assistenza Finanziaria entro trenta (30) giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta completa.
7. La documentazione della decisione finale riguardo l'idoneità definitiva sarà effettuata su tutti i conti (aperti) del paziente, con una retroattività di 6 mesi dalla data della richiesta. Una lettera con la decisione verrà inviata al paziente/Garante.
8. Se un paziente/Garante inviasse una richiesta incompleta, verrà inviato allo stesso una notifica che descrive le informazioni mancanti. Il paziente/Garante avrà trenta (30) giorni per adeguarsi e fornire le informazioni richieste. Il mancato completamento della richiesta risulterà in un rifiuto dell'Assistenza Finanziaria.
9. La decisione riguardo l'idoneità per l'Assistenza Finanziaria basata sulla presentazione di una Richiesta di Assistenza Finanziaria, sarà valida per il periodo di qualificazione per tutti i servizi sanitari idonei forniti, in base alla data della lettera di decisione e includerà tutti i crediti aperti relativi ai sei (6) mesi precedenti, inclusi quelli verso le agenzie di recupero crediti. I pazienti ritenuti idonei per l'Assistenza Finanziaria fornita da WH o da un ospedale affiliato durante il periodo di qualificazione, saranno automaticamente considerati idonei per l'Assistenza Finanziaria per un periodo di 6 mesi dalla data in cui è stata determinata l'idoneità. È responsabilità del paziente/Garante di informare WH riguardo qualsiasi cambiamento nelle proprie finanze durante il periodo di qualificazione. Una tale inadempienza potrebbe condurre alla perdita dell'idoneità.
10. I pazienti idonei per l'Assistenza Finanziaria riceveranno un rimborso per ogni pagamento eccedente l'importo per il quale sono tenuti a pagare.

---

**Motivi per il rifiuto**

WH ha la facoltà di rifiutare una richiesta per l'Assistenza Finanziaria secondo una molteplicità di ragioni, le quali includono ma non sono limitate a:

- Reddito Familiare sufficiente
- Livello patrimoniale sufficiente

- Il paziente non coopera o si mostra indifferente agli sforzi fatti per lavorare assieme al paziente/Garante
  - La Richiesta per l'Assistenza Finanziaria non è stata completata nonostante gli sforzi fatti per lavorare assieme al paziente/Garante
  - Richieste di sinistro o assicurative aperte
  - Trattenere i pagamenti assicurativi e/o conguagli assicurativi, inclusi i pagamenti inviati al paziente/Garante per coprire i servizi prestati da WH e i reclami relativi a infortuni personali o a incidenti.
- 

**Idoneità  
presunta**

WH comprende che non tutti i pazienti sono in grado di completare una Richiesta per l'Assistenza Finanziaria o adeguarsi alle richieste di documentazione. Potrebbero verificarsi casi nei quali la qualificazione da parte di un paziente/Garante per l'Assistenza Finanziaria venga concessa senza completare il modulo di richiesta. WH ha la facoltà di utilizzare altre informazioni per determinare se il conto di un paziente/Garante sia inesigibile, e tale informazione sarà utilizzata per determinare l'Idoneità Presunta.

L'Idoneità Presunta può essere concessa ai pazienti, basandosi sulla loro idoneità per altri programmi o situazioni personali come:

- I pazienti/Garanti che hanno dichiarato bancarotta. Nei casi interessati da bancarotta, verranno estinti solo i conti aperti a partire dalla data di liquidazione del fallimento.
- I pazienti/Garanti deceduti che non lasciano in eredità degli immobili.
- I pazienti/Garanti per i quali viene determinato lo status di "Senzatetto"
- I conti che l'agenzia di recupero crediti restituisce come inesigibili, secondo uno dei motivi indicati in alto e per i quali non è stato ricevuto alcun pagamento.
- I pazienti/Garanti che beneficiano dei programmi statali Medicaid saranno idonei per l'Assistenza Finanziaria per qualsiasi costo derivante da obblighi associati con il programma o per i servizi non coperti.

I conti dei pazienti per i quali sia stata concessa l'Idoneità Presunta saranno riclassificati sotto la Politica di Assistenza Finanziaria. Essi, non saranno né inviati per la riscossione, né saranno soggetti a future azioni di recupero crediti.

**Sconto per pagamento immediato**

Verrà erogato uno sconto del 30% ai pazienti che non sono idonei per la pubblica assistenza, o per l'Assistenza Finanziaria subordinatamente al pagamento immediato dei propri conti relativi a tutte le cure fornite, incluse le Cure d'Emergenza, le Cure Urgenti, le Cure necessarie da un punto di vista medico e i servizi facoltativi. I pagamenti degli importi negoziati devono essere effettuati Per intero entro quindici giorni dalla ricezione da parte del paziente del primo conto. Detto sconto non verrà offerto per qualsiasi servizio dove è stato deciso un programma di pagamenti in proprio. Inoltre, i copagamenti all'interno e all'esterno del Network, le coassicurazioni e le franchigie non sono idonee per lo sconto per pagamento immediato. Per evitare qualsiasi dubbio, lo sconto non viene offerto a nessun cliente che paghi i servizi secondo un Piano di Pagamento.

---

**Servizi sanitari di emergenza**

Secondo i regolamenti del Federal Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA), nessun paziente deve essere sottoposto a controllo per Assistenza Finanziaria o informazioni di pagamento prima di erogare servizi in una situazione di emergenza. WH può richiedere che i pagamenti condivisi delle spese del paziente (ovvero la partecipazione alle spese) siano corrisposti nel momento in cui il servizio viene fornito, ammesso che tale richiesta non causi ritardi all'esame medico di screening o al trattamento necessario al fine di stabilizzare il paziente che si trova in una situazione di emergenza. WH fornirà, senza alcuna discriminazione, cure per condizioni sanitarie di emergenza a qualsiasi individuo, a prescindere dalla sua idoneità rispetto alla presente Politica. WH non porrà in essere azioni che scoraggiano gli individui a richiedere Cure d'Emergenza.

---

**Credito e recupero crediti**

Le misure che WH può adottare in caso di mancato pagamento sono descritte in una politica in materia di credito e recupero crediti separata. Chiunque può ottenere una copia gratuita:

- a. visitando il sito pubblico di WH:  
<https://www.winchesterhospital.org/my-visit/insurance-billing--records/financial-assistance>

- b. Visitando il dipartimento di Consulenza Finanziaria sito in:  
41 Mall Road  
Burlington, MA 01803  
(781) 744-8815
  - c. Chiamando il numero in alto chiedendo la spedizione a mezzo posta di una copia
  - d. Chiamando il numero in alto per richiedere una copia elettronica
- 

**Requisiti  
normativi**

WH agirà in conformità a tutte le leggi, regolamenti, norme e requisiti di trasparenza a livello federale, statale e locale che possano essere applicati alle attività descritte nella presente politica. La presente politica richiede che WH tenga traccia dell'Assistenza Finanziaria fornita al fine di garantirne una relazione accurata. Le informazioni riguardanti l'Assistenza Finanziaria fornita sotto la presente politica, saranno riportate nel modulo 990 tabella H dell'IRS (agenzia delle entrate) su base annuale.

WH documenterà tutta l'Assistenza Finanziaria in modo da mantenere su di essa un controllo adeguato, oltre che a soddisfare ogni requisito di conformità, sia interno che esterno.

**Appendice 1  
Modulo di  
richiesta per  
l'Assistenza  
Finanziaria**

**Richiesta di Assistenza Finanziaria per il Charity Care**

**Si prega di stampare**

Data di oggi: \_\_\_\_\_ N. di previdenza sociale \_\_\_\_\_

Numero di referto medico: \_\_\_\_\_

Nome del paziente:

\_\_\_\_\_

Indirizzo:

\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Int. Numero \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Data del servizio ospedaliero: \_\_\_\_\_

Data di nascita del paziente \_\_\_\_\_

Il paziente aveva un'assicurazione sanitaria o Medicaid\*\* al momento del servizio ospedaliero?

Sì  No

Se "Sì", allegare una copia della tessera sanitaria (fronte e retro) e compilare quanto segue:

Nome della compagnia assicurativa: \_\_\_\_\_

Numero di polizza: \_\_\_\_\_

Data di decorrenza: \_\_\_\_\_

Numero di telefono dell'assicurazione: \_\_\_\_\_

\*\* prima di fare richiesta per l'Assistenza Finanziaria, è necessario aver richiesto il Medicaid nei 6 mesi precedenti, e sarà necessario fornire la prova del suo rifiuto.

*Nota: Se un paziente/Garante è titolare di un conto di risparmio sanitario (HSA), di un conto di rimborso sanitario (HRA), Conti spese flessibili (FSA) o fondi simili destinati alle spese mediche familiari, detto individuo non è idoneo per l'Assistenza Finanziaria fintanto che dette risorse non siano terminate.*

**Per richiedere l'assistenza finanziare compilare quanto segue:**



Indicare tutti i membri della famiglia, inclusi il paziente, i genitori, figli e fratelli/sorelle, naturali o adottati, minori di 18 anni e che vivono a casa.

Familiare	Età	Relazione con il paziente	Fonte di reddito o Nome del datore di lavoro	Reddito mensile lordo
1.				
2.				
3.				
4.				

Oltre alla richiesta di Assistenza Finanziaria, è necessario che la documentazione che segue venga allegata alla presente richiesta:

- Le dichiarazioni dei redditi correnti, sia federale che statale
- Il modulo W2 corrente e/o i moduli 1099
- Le ultime quattro buste paga
- Gli ultimi quattro estratti conto e/o conti risparmio
- I conti per le spese sanitarie
- Gli accordi per il rimborso delle spese sanitarie
- I conti spesa flessibili

Nel caso in cui detti documenti non fossero disponibili, si prega di contattare il Financial Counseling Unit (Ufficio Consulenza Finanziaria) per valutare quale altra documentazione è possibile fornire.

Apponendo la mia firma in basso, certifico di aver letto attentamente la politica di Assistenza Finanziaria e la relativa richiesta, e che tutto quanto da me dichiarato o qualsiasi documento da me allegato alla presente è vero e corretto per quanto di mia conoscenza. Comprendo che fornire false informazioni al fine di ottenere Assistenza Finanziaria è contro la legge.

Firma del richiedente: \_\_\_\_\_

Relazione con il paziente: \_\_\_\_\_

Data di compilazione: \_\_\_\_\_

Se il tuo reddito viene integrato in qualsiasi modo, o hai inserito nella presente richiesta \$0,00 come reddito, si prega di far riempire la dichiarazione di supporto in basso dalla persona(e) che fornisce aiuto a te e alla tua famiglia.

**Dichiarazione di supporto**

Sono stato designato dal paziente/dalla parte responsabile per fornire supporto finanziario. In basso trova una lista dei servizi e del supporto che fornisco.

---

---

---

---

---

---

---

---

Certifico e confermo che tutte le informazioni fornite sono vere e corrette per quanto di mia conoscenza. Comprendo che la mia firma non mi renderà finanziariamente responsabile per le spese mediche del paziente.

Firma: \_\_\_\_\_

Data di compilazione: \_\_\_\_\_

Si prega di concedere 30 giorni dalla data della ricezione della richiesta completa per la determinazione dell'idoneità.

Se ammissibile, l'Assistenza Finanziaria viene garantita per un periodo di sei mesi dalla data di approvazione ed è valida per tutti gli affiliati di Beth Israel Lahey Health come elencati nell'appendice 5 delle loro rispettive Politiche di Assistenza Finanziaria:

- Anna James Hospital
- Addison Gilbert Hospital
- BayRidge Hospital
- Beth Israel Deaconess Medical Center-Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
- Beth Israel Deaconess Needham
- Beth Israel Deaconess Plymouth
- Beverly Hospital
- Lahey Hospital & Medical Center, Burlington
- Lahey Medical Center, Peabody
- Mount Auburn Hospital
- New England Baptist Hospital
- Winchester Hospital

Solo ad uso dello staff.	
Richiesta ricevuta da:	
AJH	<input type="checkbox"/>
AGH	<input type="checkbox"/>
BayRidge	<input type="checkbox"/>
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID Milton	<input type="checkbox"/>
BID Needham	<input type="checkbox"/>
BID Plymouth	<input type="checkbox"/>
Beverly	<input type="checkbox"/>
LHMC	<input type="checkbox"/>
LMC Peabody	<input type="checkbox"/>
MAH	<input type="checkbox"/>
NEBH	<input type="checkbox"/>
WH	<input type="checkbox"/>

**Appendice 2  
Richiesta per  
Medical  
Hardship**

**Richiesta di Assistenza Finanziaria per Medical Hardship**

**Si prega di stampare**

Data di oggi: \_\_\_\_\_

Numero di previdenza sociale \_\_\_\_\_

Numero di referto medico: \_\_\_\_\_

Nome del paziente:  
\_\_\_\_\_

Data di nascita del paziente \_\_\_\_\_

Indirizzo:  
\_\_\_\_\_

Via

Int. Numero

Città

Stato

CAP

Il paziente aveva un'assicurazione sanitaria o Medicaid al momento del/i servizi/o ospedaliero/i?

Sì  No

Se "Sì", allegare una copia della tessera sanitaria (fronte e retro) e compilare quanto segue:

Nome della compagnia assicurativa: \_\_\_\_\_

Numero di polizza: \_\_\_\_\_

Data di decorrenza: \_\_\_\_\_

Numero di telefono dell'assicurazione: \_\_\_\_\_

*Nota: Se un paziente/Garante è titolare di un conti di risparmio sanitario (HSA), di un conto di rimborso sanitario (HRA), Conti spese flessibili (FSA) o fondi simili destinati alle spese mediche familiari, detto individuo non è idoneo per l'Assistenza Finanziaria fintanto che dette risorse non siano terminate.*

**Per richiedere l'Assistenza Finanziaria per Medical Hardship, compilare quanto segue:**

Indicare tutti i membri della famiglia, inclusi il paziente, i genitori, figli e fratelli/sorelle, naturali o adottati, minori di 18 anni e che vivono a casa.

Familiare	Età	Relazione con il paziente	Fonte di reddito o Nome del datore di lavoro	Reddito mensile lordo
1.				
2.				
3.				
4.				

Oltre alla richiesta di Assistenza Finanziaria per Medical Hardship, è necessario che la documentazione seguente venga allegata alla presente richiesta:

- Le dichiarazioni dei redditi correnti, sia federale che statale
- Il modulo W2 corrente e/o i moduli 1099
- Le ultime quattro buste paga
- Gli ultimi quattro estratti conto e/o conti risparmio
- I conti per le spese sanitarie
- Gli accordi per il rimborso delle spese sanitarie
- I conti spesa flessibili
- Copie di tutte le spese mediche

Nel caso in cui detti documenti non fossero disponibili, si prega di contattare il Financial Counseling Unit (Ufficio Consulenza Finanziaria) per valutare quale altra documentazione è possibile fornire.

Elencare tutti i debiti medici e fornire copia delle fatture ricevute nei dodici mesi precedenti:

Data del servizio	Luogo del servizio	Importo dovuto
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si prega di fornire una breve spiegazione del perché il pagamento di tali fatture mediche costituirebbe un disagio economico:

\_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---

Apponendo la mia firma, certifico che tutte le informazioni riportate nella richiesta sono vere per quanto di mia conoscenza.

Firma del richiedente: \_\_\_\_\_

Relazione con il paziente: \_\_\_\_\_

Data di compilazione: \_\_\_\_\_

Si prega di concedere 30 giorni dalla data della ricezione della richiesta completa per la determinazione dell'idoneità.

Se ammissibile, l'assistenza viene garantita per un periodo di sei mesi dalla data di approvazione ed è valida per tutti gli affiliati di Beth Israel Lahey Health come elencati nell'appendice 5 delle rispettive Politiche di Assistenza Finanziaria::

- Anna Jaques Hospital
- Addison Gilbert Hospital
- BayRidge Hospital
- Beth Israel Deaconess Medical Center-Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
- Beth Israel Deaconess Needham
- Beth Israel Deaconess Plymouth
- Beverly Hospital
- Lahey Hospital & Medical Center, Burlington
- Lahey Medical Center, Peabody
- Mount Auburn Hospital
- New England Baptist Hospital
- Winchester Hospital

Solo ad uso dello staff.	
Richiesta ricevuta da:	
AJH	<input type="checkbox"/>
AGH	<input type="checkbox"/>
BayRidge	<input type="checkbox"/>
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID Milton	<input type="checkbox"/>
BID Needham	<input type="checkbox"/>
BID Plymouth	<input type="checkbox"/>
Beverly	<input type="checkbox"/>
LHMC	<input type="checkbox"/>
LMC Peabody	<input type="checkbox"/>
MAH	<input type="checkbox"/>
NEBH	<input type="checkbox"/>
WH	<input type="checkbox"/>

**Appendice 3  
Tabella sconti  
in base al  
reddito e soglie  
di Patrimonio**

**Sconto per pagamento immediato:** Verrà erogato uno sconto del 30% ai pazienti che non sono idonei per la Pubblica assistenza, o per l'Assistenza Finanziaria subordinato al pagamento immediato del saldo di tutti i servizi forniti, inclusi i servizi relativi a Cure di Emergenza, Cure Urgenti, Cure necessarie da un punto di vista medico e dei servizi elettivi. I pagamenti degli importi negoziati devono essere effettuati per intero entro quindici giorni dalla ricezione del primo resoconto da parte del paziente. Lo sconto non verrà offerto per tutti quei servizi per i quali è stato assegnato una tabella per i pagamenti in autonomia separata. Inoltre, i copagamenti all'interno e all'esterno del network, le assicurazioni in comune e le franchigie non sono idonee per lo sconto per pagamento immediato. Per evitare qualsiasi dubbio, tale sconto non viene offerto a quei pazienti che pagano i servizi secondo un piano di pagamento.

**Gli sconti per l'Assistenza Finanziaria e Medical Hardship vengono applicati al conto per il quale il cliente è responsabile.**

**Sconti di Assistenza Finanziaria per i pazienti idonei:**

**Charity Care**

<b>Livello di reddito</b>	<b>Sconto</b>
Minore o uguale al 400% del FPL	100%

**Medical Hardship**

I pazienti verranno ritenuti idonei per la Medical Hardship nel caso in cui le sue fatture mediche siano maggiori o uguali al 25% del proprio reddito lordo, e in tal caso, riceveranno uno sconto del 100%.

---

**Appendice 4**  
**Importi**  
**generalmente**  
**fatturati (AGB)**

Prendere visione della definizione nella politica degli importi generalmente fatturati, per una descrizione del modo in cui viene calcolato l'AGB utilizzando il metodo "Look-Back".

La percentuale AGB attuale di WH si basa sulle richieste di sinistro ricevute nell'anno fiscale 2020, che è pari al 48,33%.

L'AGB è in qualsiasi momento soggetto a modifiche, per via delle seguenti ragioni:

- Modifiche a contratti di Assicuratori Sanitari Privati o di Medicare Fee-for-Service
- Importi ricevuti da piani Assicuratori Sanitari Privati e da Medicare Fee-for-Service

Aggiornato al 1/2021

---



**Appendice 5  
Fornitori e  
Cliniche -  
Coperti e non  
coperti**

**La politica di Assistenza Finanziaria copre tutti gli addebiti ospedalieri (della struttura) presso le seguenti unità:**

- *Winchester Hospital, 41 Highland Ave, Winchester, MA*
- *Winchester Hospital Family Medical Center, 500 Salem st., Wilmington, MA*
- *Winchester Hospital Imaging / Walk-In Urgent Care, 7 Alfred St., Woburn, MA*
- *Winchester Hospital Physical & Occupational Therapy, 955 Main St., Winchester, MA*
- *Winchester Hospital Orthopedics, 23 Warren Ave, Woburn, MA*
- *Winchester Hospital Sleep Disorder Center, 12 Alfred St., Woburn, MA*
- *Winchester Hospital Diabetes & Wound Center, 75 Riverside Ave, Medford, MA*
- *Winchester Hospital Pain Management Center, 444 Washington St., Woburn, MA*
- *Winchester Hospital Endoscopy Center, 10P Commerce Way, Woburn, MA*
- *Winchester Hospital Imaging and Orthopedics Center, 20 Pond Meadow Drive, Reading, MA*
- *Winchester Hospital Ambulatory Surgery Center, 620 Washington St., Winchester, MA*
- *Winchester Imaging, 3 Woodland Road, Stoneham, MA*
- *Winchester Hospital Outpatient Center, 200 Unicorn Drive, Woburn, MA*
- *Winchester Hospital Ultrasound, 1021 Main Street, Winchester, MA*

**La presente polizza di assistenza finanziaria copre anche le spese delle persone e degli enti elencati alle pagine 1-15 dell'allegato intitolato "Fornitori e cliniche coperte e non coperte" per i servizi forniti all'interno delle strutture ospedaliere sopra elencate.**

**Per i fornitori elencati a pagina 16 dell'allegato "Fornitori e cliniche coperte e non coperte", la presente polizza di assistenza finanziaria copre solo le spese della struttura ospedaliera. Non copre gli spese relative ai fornitori delle persone e degli enti elencati a pagina 16 dell'allegato. I pazienti sono incoraggiati a contattare direttamente questi fornitori per vedere se offrono assistenza e per accordarsi sul pagamento.**

Aggiornato 1/2021

---

**Appendice 6**  
**Pubblico accesso**  
**alla**  
**documentazione**

Le informazioni riguardo la politica di Assistenza Finanziaria WH, il riassunto semplificato, la richiesta di Assistenza Finanziaria, la richiesta di Medical Hardship e la politica di crediti e recupero crediti WH saranno rese disponibili in modo gratuito ai pazienti e alla comunità serviti da WH attraverso molteplici fonti.

1. I pazienti e i Garanti possono richiedere le copie di tutti i documenti pertinenti all'Assistenza Finanziaria e al credito e recupero crediti, e anche richiedere assistenza nella compilazione di entrambe le richieste di Assistenza Finanziaria e di Medical Hardship, sia per telefono o via mail o di persona a:

Lahey Hospital and Medical Center  
Financial Counseling  
41 Burlington Mall Road  
Burlington, MA 01803

2. I pazienti e i Garanti possono scaricare le copie di tutta la documentazione relativa all'Assistenza Finanziaria e alla politica di crediti e recupero crediti attraverso il sito pubblico di WH:  
<https://www.winchesterhospital.org/my-visit/insurance-billing--records/financial-assistance>

Le informazioni della Politica di Assistenza Finanziaria, il riassunto semplificato, la richiesta per l'Assistenza Finanziaria, la richiesta per Medical Hardship e la politica di credito e recupero crediti saranno tradotti in qualsiasi lingua che sia la lingua primaria parlata da almeno 1000 persone o dal 5% dei residenti presenti nella comunità servita da WH.

Come evidenziato nella presente politica, WH ha affisso avvisi (segnaletica) della disponibilità di Assistenza Finanziaria nelle seguenti aree:

1. Ricoveri generici, accesso del paziente, sale di attesa/registrazione o simili, incluso, ad esclusione di qualsiasi dubbio, l'area d'attesa/registrazione del reparto di pronto soccorso e

2. Le aree di attesa/registrazione o l'equivalente delle strutture sanitarie fuori dalla struttura; e
3. Le aree di consulenza finanziaria ai pazienti

La segnaletica affissa è chiaramente visibile (8.5" x 11") e leggibile per i pazienti che visitano tali aree. La segnaletica riporta:

**AVVISO DI ASSISTENZA FINANZIARIA**

L'ospedale offre vari programmi di Assistenza Finanziaria ai pazienti che ne abbiano i requisiti. Per scoprire se sei idoneo per l'assistenza in merito alle tue spese ospedaliere, ti preghiamo di visitare il nostro ufficio di consulenza finanziaria presso la Main Lobby del Lahey Hospital and Medical Center al 41 Mall Road a Burlington, MA o di chiamare il 781-744-8815 per ottenere informazioni riguardo i diversi programmi e la loro disponibilità.

---

**Cronologia  
della Politica**

<b>Data</b>	<b>Azione</b>
Settembre 2016	Politica approvata dal consiglio dei Trustee
Luglio 2020	Aggiornamento della lista dei fornitori
Agosto 2020	La Politica Revisionata approvata da BILH EVP/CFO e dal tesoriere del consiglio WH come entità autorizzata dal consiglio.

---