

Polizza di credito e recupero crediti
Hallmark Health System

Indice

| | |
|--|----|
| I. INTRODUZIONE | 3 |
| II. FORNITURA DI PRESTAZIONI SANITARIE | 3 |
| Principio generale..... | 3 |
| A. Servizi di emergenza e urgenti | 4 |
| B. Servizi di non emergenza e non urgenti | 4 |
| C. Luoghi in cui i pazienti possono presentarsi per i servizi | 4 |
| III. RACCOLTA E VERIFICA DELLE INFORMAZIONI RELATIVE AI PAZIENTI..... | 4 |
| A. Servizi di emergenza e urgenti | 5 |
| B. Servizi di non emergenza e non urgenti | 5 |
| IV. DETERMINAZIONE DELLA RESPONSABILITA' FINANZIARIA DEL PAZIENTE | 5 |
| A. Principi generali..... | 5 |
| B. Preparazione dei preventivi | 5 |
| C. Pazienti assicurati | 6 |
| D. Pazienti non assicurati (paganti)..... | 6 |
| V. CONTI DEI PAZIENTI E SERVIZI DI CONSULENZA FINANZIARIA..... | 7 |
| A. Linee generali..... | 7 |
| B. Comunicazione dei servizi di consulenza finanziaria..... | 7 |
| C. Residenza | 7 |
| D. Assistenza finanziaria ospedaliera, sconti, cure di tipo caritatevole..... | 7 |
| E. Considerazioni in merito a richieste particolari | 7 |
| VI. PROGRAMMI STATALI - RESIDENTI DEL MASSACHUSETTS | 8 |
| A. Procedura per la richiesta - Tutti i programmi statali tranne Medical Hardship | 8 |
| B. Procedura per la richiesta - HSN - Medical Hardship (<i>Difficoltà a pagare spese mediche</i>)..... | 8 |
| C. Approvazione della copertura sotto i programmi statali..... | 8 |
| D. Validità di una richiesta pendente HSN/MassHealth | 8 |
| E. Appello per l'esito..... | 8 |
| F. HSN - Considerazioni su idoneità e copertura di pazienti a basso reddito..... | 9 |
| VII. NON -RESIDENTI DEL MASSACHUSETTS..... | 10 |
| A. Residenti U.S.A. al di fuori del Massachusetts | 10 |
| B. Pazienti internazionali | 11 |
| VIII. CONDIZIONI DI PAGAMENTO | 11 |

Polizza di credito e recupero crediti Hallmark Health

| | | |
|-------|--|----|
| A. | Linee generali | 11 |
| B. | Forme di pagamento | 11 |
| C. | Valuta..... | 11 |
| D. | Piani di pagamento..... | 11 |
| E. | Depositi | 12 |
| IX. | FATTURAZIONE AI PAZIENTI E RECUPERO CREDITI | 12 |
| A. | Principi generali | 12 |
| B. | Pratiche di fatturazione ospedaliera, comprese comunicazioni, lettere e telefonate ai pazienti | 12 |
| C. | Notifica di supplemento..... | 14 |
| D. | Situazioni particolari di recupero crediti..... | 14 |
| E. | Considerazioni particolari di elaborazione di un account | 14 |
| X. | SITUAZIONE DI INSOLVENZA | 15 |
| A. | Trasferimento di un conto in Insolvenza..... | 15 |
| B. | Agenzie di recupero crediti | 15 |
| C. | Azioni straordinarie di recupero crediti (ECAs)..... | 15 |
| XI. | CONTI IN CREDITO E RIMBORSI | 15 |
| XII. | EVENTI SERI DA RIPORTARE (SREs) | 15 |
| XIII. | OTTEMPERANZA ALL'ATTO DI TRASFERIBILITA' DI ASSICURAZIONE SANITARIA E AFFIDABILITA' (HIPAA) | 16 |
| XIV. | DIRITTI E RESPONSABILITA' DEI PAZIENTI..... | 16 |
| XV. | PUBBLICAZIONE DELLA POLIZZA DI CREDITO E RECUPERO CREDITI | 16 |
| XVI. | APPROVAZIONE DELLA COMMISSIONE | 16 |

Polizza di credito e recupero crediti Hallmark Health

I. INTRODUZIONE

Questa Polizza di credito e recupero crediti vale per Hallmark Health, comunemente denominata in questa polizza come "Ospedale". Hallmark Health comprende Melrose-Wakefield Hospital, un ospedale no-profit a servizio completo, situato al 585 di Lebanon Street, Melrose, MA 02176, e il Lawrence Memorial Hospital, un ospedale a servizio completo, situato al 170 di Governors Avenue, Medford, MA 02155. Hallmark Health presta servizio di assistenza in maniera diretta, fornendo cure mediche necessarie a tutte le persone, a prescindere dalle loro possibilità economiche. Hallmark Health offre queste cure a tutti i pazienti che si recano presso la nostra struttura per 24 ore al giorno, 7 giorni la settimana, 365 giorni all'anno.

Nel corso delle prestazioni dei suoi servizi, Hallmark Health non dovrà effettuare discriminazioni sulla base di razza, colore, nazionalità d'origine, cittadinanza, stato giuridico di straniero, religione, credo religioso, sesso, orientamento sessuale, identità di genere, età, disabilità, abuso di sostanze, livello socio-economico, mancanza di copertura assicurativa o aspetto fisico. Questo vale sia per la sostanza che per l'applicazione delle politiche dell'Ospedale in merito all'acquisizione e alla verifica delle informazioni di tipo finanziario, i depositi pre-ammissione o pre-trattamento, i piani di pagamento, i servizi o le ammissioni differite, la condizione di paziente a basso reddito e le pratiche di fatturazione e recupero crediti.

Questa Polizza di credito e recupero crediti è volta a preservare il patrimonio dell'Ospedale e a mantenere una base finanziaria solida per le sue attività, venendo incontro allo stesso tempo ai bisogni della nostra comunità e ai pazienti che serviamo. Questa polizza definisce le linee guida generali dell'Ospedale nell'acquisizione e verifica delle informazioni, nella classificazione dei pazienti in base alle loro possibilità economiche, nella riscossione dei pagamenti da compagnie d'assicurazione, dai pazienti, dai loro garanti, e da altri responsabili a livello finanziario in merito al pagamento dei servizi sanitari. La polizza dell'Ospedale prevede l'ottemperanza ai requisiti sanciti dalle leggi statali e federali nello svolgimento di tali funzioni, come anche l'aggiornamento delle pratiche quando tali leggi vengono modificate.

È previsto che i pazienti che ne hanno i mezzi provvedano a pagare i servizi forniti da Hallmark Health. Questa polizza presuppone che i pazienti che hanno accesso a copertura assicurativa ne facciano richiesta e paghino tale copertura. Nel caso in cui i pazienti non siano in grado di pagare, l'Ospedale li assiste al fine di ottenere supporto finanziario tramite programmi governativi e altre risorse per servizi sanitari necessari quando se ne sia valutata l'appropriatezza. Per mantenere la sua solidità finanziaria nel corso dello svolgimento della sua missione, Hallmark Health deve attenersi alle sue responsabilità fiduciarie emettendo fatture e riscuotendo fondi per i servizi sanitari forniti ai pazienti. Questa Polizza di credito e recupero crediti è stata sviluppata al fine di assicurare l'ottemperanza alle leggi in vigore, incluse ma non limitate a: (1) State's Health Safety Net Eligibility regulation (*la Regolamentazione Statale per la Copertura Sanitaria*), (101 C.M.R. § 613.00); (2) 111 M.G.L. § 228; (3) i Centri Medicare e i Servizi Medicaid ("CMS"), i requisiti di insolvenza Medicare (42 C.F.R. § 413.89); e (4) Sezione 501(r) del Internal Revenue Code (*Codice Interno delle Entrate*).

La Commissione ha nominato l'Amministratore Finanziario dell'Ospedale (CFO) quale responsabile che si accerti che una copia elettronica aggiornata di questa Polizza di credito e recupero crediti sia registrata presso l'Ufficio del Piano di Sostegno Sanitario (Health Safety Net Office) assieme a tutta la documentazione di supporto.

Questa Polizza è valida per servizi forniti e fatturati dall'Ospedale alle destinazioni delineate nell'Appendice A – Destinazioni Hallmark Health, Entità partecipanti. La polizza non è applicabile per servizi forniti e fatturati dalle entità elencate nella Appendice B – Lista Fornitori Affiliati Hallmark Health, Entità non partecipanti, anche nel caso in cui tali servizi vengano resi presso le località dell'Ospedale elencate nella Appendice A.

II. PRESTAZIONE DI SERVIZI SANITARI

A. Principio generale

Tutti i pazienti che si presentano per trattamento non programmato verranno valutati in base alle classificazioni incluse in questa sezione. I servizi di emergenza o urgenti (definiti in Sezione I(B) qui di seguito) non verranno rifiutati o non verranno trattati in ritardo in base alla capacità dell'Ospedale di identificare i pazienti, la loro copertura assicurativa, o le loro possibilità finanziarie. Tuttavia, i servizi di non-emergenza e non urgenti (definiti in Sezione II(C) qui di seguito) possono venire postposti a tempo indefinito quando l'Ospedale non è in grado di determinare una risorsa finanziaria per i servizi, in base al consulto con il medico presso cui il paziente è in cura.

L'urgenza del trattamento per ogni paziente che presenti sintomi clinici verrà determinata da un professionista medico in accordo con gli standard di cura locali, statali e nazionali, e con le politiche e procedure dello staff medico dell'Ospedale. È importante notare che la classificazione delle condizioni mediche del paziente sono solo ai fini della gestione clinica, e che tali classificazioni servono a definire l'ordine in cui il personale medico dell'Ospedale vede i

Polizza di credito e recupero crediti Hallmark Health

pazienti sulla base dei loro sintomi clinici. Tali classificazioni non influiscono sulla valutazione medica del paziente riportata nella diagnosi finale.

B. Servizi di Emergenza e urgenti

I "Servizi di Emergenza" menzionati in questa polizza includono: Servizi clinicamente necessari all'insorgere di una condizione medica, sia fisica che mentale, che si manifesti con sintomi di sufficiente gravità, incluso dolore di notevole entità, tale per cui l'assenza di appropriate cure mediche possa ragionevolmente essere valutata da una persona profana prudente, con una discreta conoscenza di salute e medicina, da presupporre che possa risultare nel porre la persona o un'altra persona in serio pericolo, in una seria menomazione delle funzioni corporali o un grave malfunzionamento di un organo del corpo o parte di esso, rispetto ad una donna gravida, come definito ulteriormente in 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B). Un esame medico di screening e ogni trattamento di stabilizzazione di una situazione medica di emergenza, incluso ma non limitato a cure mediche a paziente ricoverato o ogni altro servizio reso nelle misure richieste secondo EMTALA (42 U.S.C. § 1395(dd) si considerano Servizi di emergenza.

I "Servizi urgenti" in questa polizza includono: Servizi clinicamente necessari forniti all'insorgere di una condizione medica, sia fisica che mentale, che si manifesta con sintomi acuti di sufficiente gravità (incluso dolore acuto) tale per cui una persona profana prudente possa pensare che l'assenza di appropriate cure mediche entro 24 ore potrebbe ragionevolmente causare un pericolo alla salute del paziente, ad una menomazione delle funzioni corporali o al malfunzionamento di un organo del corpo o parte di esso. I servizi urgenti vengono forniti in situazioni che non presentano pericolo di vita, e non costituiscono un rischio serio alla salute di un individuo.

Requisiti livello EMTALA: in accordo con le Norme federali per il Trattamento Medico di Emergenza e Lavoro (EMTALA), l'Ospedale deve fornire un esame medico di screening a tutti gli individui che si presentino al reparto di emergenza dell'Ospedale richiedendo cure mediche per un disturbo, e a tutti gli individui che si presentino sul territorio dell'Ospedale chiedendo cure mediche per un disturbo, al fine di determinare se tale individuo si trovi effettivamente in una situazione di condizione medica di emergenza. Qualora un medico o altro personale medico qualificato dovesse riscontrare che un paziente si trova in una condizione medica di emergenza, l'Ospedale è inoltre tenuto, in accordo con EMTALA, a fornire all'individuo un trattamento stabilizzante in base alle sue possibilità e capacità. L'entità dei servizi ospedalieri necessari a fornire un esame appropriato di screening, come anche l'estensione del trattamento necessario a stabilizzare la situazione medica di emergenza come richiesto da EMTALA, che potrebbe includere ma non è limitato al ricovero del paziente, vengono forniti al paziente in base alla valutazione effettuata dal medico o personale medico qualificato, come documentato negli atti medici.

C. Servizi non di emergenza, non urgenti

"I "Servizi non di emergenza, non urgenti" menzionati in questa Polizza comprendono generalmente o servizi medici necessari che non rientrano nella definizione di Servizi di emergenza o urgenti riportati nella Sezione II(B) di questa Polizza, oppure servizi che il medico curante ritiene non siano clinicamente necessari come i servizi non di tipo medico (ad es di tipo sociale, educativo, vocazionale, chirurgia estetica, ricerca e altri) (L'ultima categoria di servizi potrebbe essere descritta in questa Polizza come *Servizi clinicamente non necessari*). Solitamente, ma non in maniera esclusiva, il paziente programma questi servizi in anticipo. L'Ospedale potrebbe rifiutare di prestare tali servizi di non emergenza, non urgenti quando l'Ospedale non dovesse riuscire a stabilire se tali servizi verranno pagati.

D. Luoghi in cui presentarsi per servizi

Riferimento Appendice A.

III. RACCOLTA E VERIFICA DI INFORMAZIONI SUI PAZIENTI

Il paziente è tenuto a fornire all'Ospedale informazioni complete e puntuali su assicurazione e dati anagrafici, e a sapere quali servizi sono coperti dalla loro assicurazione. L'Ospedale si deve adoperare per identificare con certezza tutti i pazienti; ottenere, registrare e verificare tutte le informazioni anagrafiche e finanziarie di ogni paziente richiedente cure. Le informazioni necessarie includono i dati anagrafici (nome del paziente, indirizzo, numero telefonico, tessera sanitaria, sesso, data di nascita, e altre informazioni pertinenti del paziente) e i dati relativi alla copertura sanitaria del paziente (compresi nome e indirizzo,

numero di polizza, numero di gruppo, dati di registrazione, e informazioni sui benefit (come co-pagamenti, franchigie e assicurazione condivisa) sufficienti ad assicurare il pagamento dei servizi. La necessità da parte dell'Ospedale di ottenere informazioni complete deve tenere in conto le condizioni del paziente, dando priorità ai bisogni sanitari immediati del paziente. Per i pazienti ricoverati, le verifiche potrebbero venire effettuate in un qualunque momento durante la prestazione dei servizi, alla dimissione, oppure durante la procedura di recupero crediti. Per pazienti esterni, le verifiche potrebbero avvenire nel momento in cui il paziente riceve servizi di non emergenza, non urgenti o durante la procedura di recupero crediti.

A. Servizi di emergenza e urgenti

La registrazione e il ricovero di pazienti in emergenza e urgenza avverrà in accordo con i requisiti di EMTALA. In generale, le informazioni anagrafiche e assicurative dei pazienti possono essere raccolte secondo la normale procedura di registrazione dell'Ospedale, a condizione che tale raccolta di dati non ritardi l'esame medico di screening e / o un eventuale trattamento stabilizzante. Qualora un paziente non fosse in grado di fornire i suoi dati anagrafici e assicurativi al momento del trattamento e se il paziente consente, sarà necessario adoperarsi per ottenere le informazioni da parenti o amici che accompagnano il paziente, o sono comunque da lui identificati. Ove possibile, i dati assicurativi forniti dal paziente dovrebbero essere confermati tramite mezzo informatico, o altri mezzi disponibili. In nessun caso, comunque, l'Ospedale dovrà verificare lo status assicurativo del paziente, ottenere pre-approvazione da terze parti per il pagamento, o dare al paziente i moduli per la responsabilità finanziaria prima dell'esame di screening medico e prima dell'inizio di un eventuale trattamento stabilizzante.

B. Servizi di non emergenza, non urgenti

La registrazione e il ricovero di pazienti non in emergenza, non urgenti dovrebbe avvenire prima dei servizi da prestare. Per i pazienti che tornano o che si sono stabiliti verrà fatto un aggiornamento dei loro dati anagrafici, assicurativi e finanziari, compresa eventualmente la verifica del loro status assicurativo per via informatica o altri mezzi disponibili. È responsabilità dei pazienti aggiornare i dati assicurativi e anagrafici presso l'ufficio Registrazione.

IV. DETERMINAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ FINANZIARIA DEL PAZIENTE

A. Principi generali

L'Ospedale si adopererà al fine di determinare la responsabilità finanziaria del paziente il prima possibile rispetto alla tempistica delle cure da prestare al paziente, a condizione che lo screening e l'inizio di un eventuale trattamento stabilizzante secondo EMTALA venga completato per pazienti in emergenza o urgenti prima delle attività volte a determinare la responsabilità finanziaria del paziente. I pazienti iscritti ad un programma sanitario gestito, o a piani assicurativi con specifici requisiti di accesso, sono tenuti a comprendere e attenersi ai requisiti dei loro piani assicurativi, compresi i deferimenti, le autorizzazioni, i benefit non coperti e altre restrizioni di "rete". L'Ospedale richiederà ove possibile le necessarie pre-approvazioni, autorizzazioni e garanzie di pagamento da parte dell'assicuratore. In alcuni casi, inclusi i servizi di emergenza e urgenti, questi deferimenti e le autorizzazioni possono essere richiesti dopo il trattamento. Tutti i pazienti con un saldo per servizi ricevuti verranno informati della possibilità di ricevere assistenza finanziaria per supportarli nell'adempiere ai loro obblighi finanziari verso Hallmark Health.

B. Preparazione dei preventivi

Su richiesta di un paziente prima di un servizio di non emergenza, non urgente, l'Ospedale fornirà un preventivo dell'importo previsto o spesa per il servizio comprese eventuali spese di ricovero. I dati sul preventivo sono generalmente raccolti e poi calcolati dall'Ospedale usando una media di importi e spese calcolati in passato, basati sul servizio previsto medico o chirurgico e se opportuno, un tempo di ricovero previsto. Per quanto sia possibile all'Ospedale, i preventivi terranno in conto la responsabilità finanziaria del paziente, inclusi co-pagamenti, franchigie, e assicurazione condivisa. I preventivi non considerano tutti i servizi resi e fatturati dalle organizzazioni elencate in Appendice B. I conteggi finali potrebbero differire dal preventivo fornito al paziente per circostanze estenuanti che richiedono procedure più complesse, esami e/o valutazioni. Per preparare i preventivi è richiesta la partecipazione del paziente e del medico curante, in modo da definire ove possibile trattamento e cure cliniche previste. Una volta definiti i servizi necessari su cui basare il preventivo, l'Ospedale dispone di due (2) giorni lavorativi a partire dalla data della

richiesta per finalizzare il preventivo e dare riscontro al paziente. Il preventivo finale viene fornito al paziente insieme alle opzioni di pagamento.

C. Pazienti assicurati

L'Ospedale si adopererà al fine di verificare lo status di assicurazione dei pazienti, e assisterli nell'osservanza dei requisiti del loro piano di copertura sanitario. I pazienti sono tenuti a procurarsi i deferimenti da altri fornitori, se richiesto. La verifica assicurativa verrà effettuata in accordo con i principi riportati in precedenza nella Sezione III. Ove possibile, tale verifica comprenderà una definizione della responsabilità finanziaria prevista del paziente, inclusi eventuali co-pagamenti, franchigie e assicurazione condivisa. Ove opportuno e clinicamente appropriato, il pagamento degli importi predefiniti (co-pagamenti, franchigie fisse) associati ad un servizio di non emergenza, non urgente verrà garantito dal paziente prima di / alla data del servizio. Ove opportuno e clinicamente appropriato, l'Ospedale può riscuotere da un paziente in emergenza o in urgenza dei co-pagamenti dopo un esame medico di screening. In alcuni casi il piano assicurativo del paziente e il tipo di copertura potrebbero non permettere una precisa definizione della responsabilità finanziaria del paziente prima che vengano resi i servizi. In tali casi, l'Ospedale può richiedere un deposito pari alla miglior stima possibile rispetto alla prevista responsabilità finanziaria del paziente. I pazienti che non sono in grado di effettuare pagamento prima di ricevere un servizio di non emergenza, non urgente oppure dopo un trattamento in emergenza o urgente, possono venire indirizzati ai Consulenti Finanziari.

- 1) Piani assicurativi stipulati: L'Ospedale stipula un numero di piani assicurativi. In tali casi, l'Ospedale richiederà nel piano assicurativo il pagamento di tutti i servizi resi. Al fine di assistere i pazienti nello stabilire i costi da loro sostenuti, l'Ospedale fornirà, su richiesta del paziente, sufficienti dati in merito al servizio proposto di non emergenza, non urgente. Se l'assicuratore determina che un particolare servizio non verrà coperto o comunque rifiutato ai fini della compensazione, allora il pagamento per quel servizio verrà richiesto direttamente al paziente in accordo con il relativo contratto di assicurazione. Ove possibile, l'Ospedale assisterà il paziente nel fare appello in caso di rifiuto o altre valutazioni negative con il loro piano assicurativo, riconoscendo che spesso il piano assicurativo richiede che tali appelli vengano presentati dal paziente.
- 2) Piani assicurativi non stipulati: L'Ospedale estenderà la cortesia di fatturare l'assicurazione del paziente qualora l'Ospedale non abbia un contratto con l'assicuratore. Mentre l'Ospedale emetterà fattura all'assicurazione del paziente, la responsabilità finanziaria finale resta al paziente o garante (la parte responsabile degli obblighi finanziari del paziente). Il mancato riscontro dell'assicuratore in merito alla fattura dell'Ospedale potrebbe risultare in un'emissione di fattura direttamente al cliente per i servizi resi, ad eccezione dei casi in cui il paziente è protetto da azioni di riscossione (Sez. IX(B)(6)). Il saldo restante dopo il pagamento dell'assicurazione verrà fatturato al paziente. Ove possibile, l'Ospedale assisterà il paziente nel fare appello in caso di rifiuto o altre valutazioni negative con il suo piano assicurativo, riconoscendo che spesso il piano assicurativo richiede che gli appelli vengano presentati dal paziente.

D. Pazienti non assicurati (Paganti)

Ai pazienti senza assicurazione sanitaria e che non siano stati precedentemente qualificati come "Paziente a basso reddito" secondo il Piano di Sostegno Sanitario del Massachusetts (HSN) come descritto in Sezione VI(F) qui sotto, verrà chiesto di provvedere al pagamento completo, ove sia disponibile un preventivo delle spese. Quando non c'è preventivo, verrà ottenuto un deposito di pre-pagamento a favore dell'Ospedale prima della resa di servizi di non emergenza, non urgenti. Se il paziente non provvede al pre-pagamento o riporta un'incapacità a pagare il deposito, allora il paziente può essere indirizzato ai Consulenti Finanziari.

I pazienti non assicurati verranno indirizzati ai Consulenti Finanziari per definire la loro idoneità ai programmi statali e federali, e se idonei, tali pazienti verranno assistiti dai Consulenti Finanziari nel fare domanda ai programmi. Ciò include i residenti del Massachusetts che fanno domanda tramite il Commonwealth of Massachusetts Health Connector. Oltre alla disponibilità di programmi governativi, tutti i pazienti non assicurati verranno informati di eventuali programmi di supporto finanziario sotto la Polizza di Assistenza Finanziaria Hallmark Health (disponibile su

<https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>, chiamando per fissare un appuntamento con i Consulenti Finanziari dell'Ospedale al 781-338-7111). Se non vi è un bisogno immediato di servizi come da parere del medico curante, il servizio di non emergenza, non urgenza può essere posposto in maniera indefinita fino a quando il paziente sia in grado di pagare, di adottare provvedimenti finanziari, ottenere l'assicurazione o iscriversi ad un programma di assistenza finanziaria che copra il servizio.

V. CONTI DEI PAZIENTI E SERVIZI DI CONSULENZA FINANZIARIA

A. Linee generali

L'Ospedale si adopererà per identificare i pazienti che potrebbero non essere assicurati o coperti da assicurazione insufficiente, al fine di fornire consulenza e assistenza. L'Ospedale fornirà consulenza finanziaria a questi pazienti e alle loro famiglie, anche uno screening per l'idoneità ad altre risorse per la copertura, come i programmi governativi federali o statali, e fornirà informazioni in merito alle possibili modalità di pagamento della fattura dell'Ospedale. Se fosse necessaria ulteriore assistenza finanziaria, il reparto Account Pazienti può concedere sconti o altri adeguamenti a pazienti che rientrano nella Polizza di assistenza finanziaria Hallmark Health. Il paziente ha una serie di obblighi per poter ricevere assistenza, compreso l'obbligo di presentare tutta la necessaria documentazione. Quando i pazienti sono idonei a ricevere supporto da programmi federali, incluso Medicare, l'Ospedale informerà il paziente dei possibili programmi e lo assisterà con la richiesta e la documentazione ove opportuno.

B. Comunicazione di servizi di consulenza finanziaria

L'Ospedale pubblica le informazioni sulla disponibilità di programmi di assistenza finanziaria, compreso anche il luogo dove recarsi per l'assistenza. Si prega di vedere la Polizza di assistenza finanziaria Hallmark Health per i dettagli (su <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>).

C. Residenza

La residenza è una determinante per l'idoneità all'assistenza finanziaria dei programmi statali, federali e ospedalieri per l'assistenza finanziaria. Si prega di vedere la Polizza di assistenza finanziaria Hallmark Health per i dettagli (su <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>).

D. Assistenza finanziaria dell'Ospedale, Sconti, Assistenza di tipo caritatevole

I pazienti sono incoraggiati a fare prima richiesta presso i programmi statali e/o federali. Se il paziente non è ritenuto idoneo per tali programmi, l'assistenza finanziaria potrebbe essere disponibile sotto la Polizza di assistenza finanziaria Hallmark Health.

E. Considerazioni in merito a richieste particolari

- 1) Richieste confidenziali: Le richieste confidenziali per i programmi statali o ospedalieri possono essere presentate in due casi:
 - a. Minori: le richieste confidenziali per copertura di minori possono essere presentate per servizi di pianificazione familiare e servizi relativi a malattie trasmesse sessualmente. Tali richieste possono essere elaborate sotto il reddito del minore a prescindere dal reddito della famiglia. Questi pazienti dovrebbero essere indirizzati ai Consulenti Finanziari.
 - b. Individui abusati: anche questi individui possono fare richiesta di copertura sulla base del loro reddito individuale e non sono tenuti a riportare il loro indirizzo primario. Questi pazienti dovrebbero essere indirizzati ai Consulenti Finanziari.
- 2) Persone senza documenti: I pazienti potrebbero temere le implicazioni di immigrazione nel fare domanda con status a basso reddito sotto i programmi statali descritti in Sezione VI qui sotto. I pazienti con mezzi economici limitati verranno invitati a fare domanda per programmi statali o altri programmi sponsorizzati dal governo. I pazienti che non vogliono fare domanda di assistenza saranno trattati come non assicurati e riceveranno i servizi di emergenza e urgenza. I servizi di non urgenza e non urgenti possono essere posposti

in maniera indefinita fino a che il paziente sarà in grado di pagare, di adottare provvedimenti finanziari, ottenere l'assicurazione o iscriversi ad un programma di assistenza finanziaria che copra il servizio.

VI. PROGRAMMI STATALI – RESIDENTI DEL MASSACHUSETTS

Oltre a seguire le procedure generali per pazienti assicurati (Sezione IV(C)) e non assicurati (Sezione IV(D)) di cui sopra, l'Ospedale incoraggerà i pazienti potenzialmente idonei a copertura tramite programmi statali o altri programmi governativi a fare domanda di copertura, e può assistere il paziente nel fare domanda per i benefici. I pazienti possono anche fare domanda e accedere a copertura tramite HSN per co-assicurazione o franchigie non coperte dal loro piano assicurativo principale; i co-pagamenti sono esclusi da questa copertura. I programmi statali cui può accedere un paziente includono fra altri MassHealth, HSN, e altri programmi tramite Health Connector (nel complesso i "Programmi Statali").

A. Procedura per la Richiesta – Tutti i programmi statali tranne Medical Hardship

L'Ospedale assiste il paziente nel fare domanda per i programmi statali, e nel presentare la documentazione necessaria richiesta dal relativo programma di Stato. Gli individui presentano domanda di copertura mediante richiesta tramite il sistema statale di registrazione. L'individuo può presentare domanda tramite sito online, collocato al centro della pagina web State's Health Connector, o mediante domanda su carta, o per telefono con un rappresentante dell'assistenza clienti situato presso MassHealth oppure Health Connector. La documentazione necessaria può comprendere (fra le altre) la dimostrazione di: (1) reddito annuale del nucleo familiare (buste paga, pagamenti della Previdenza Sociale, una lettera del datore di lavoro, dichiarazioni dei redditi o estratti conto bancari); (2) cittadinanza e identità; (3) status di immigrazione per non-cittadini (se opportuno), e (4) beni degli individui con 65 anni di età e oltre. Lo Stato notificherà il paziente in merito alla documentazione da presentare per verifica finale. Il paziente può ricevere copertura temporanea se le relative linee guida del programma sono rispettate.

B. Procedura per la Richiesta – HSN - Medical Hardship (*Difficoltà a pagare spese mediche*)

L'Ospedale lavorerà con il paziente per determinare se un programma come HSN-Medical Hardship è appropriato. Se è così, l'Ospedale assisterà il paziente nella presentazione di una domanda di Medical Hardship al Health Safety Net (*Supporto Sanitario*). È obbligo del paziente fornire tutti i dati necessari richiesti dall'Ospedale in un tempo adeguato, in modo che l'Ospedale possa presentare una domanda completa. Una volta che il paziente ha completato la richiesta e raccolto tutta la documentazione necessaria, l'Ospedale presenterà la domanda a HSN entro cinque (5) giorni lavorativi dalla ricezione da parte del paziente. Se la domanda fornita dal paziente non viene presentata dall'Ospedale entro cinque (5) giorni lavorativi dalla data di ricezione, non si possono inoltrare richieste di pagamento al paziente in merito a fatture che rientrerebbero nella Medical Hardship se la domanda fosse stata presentata allo Stato nei tempi corretti.

C. Approvazione della copertura tramite programmi statali

L'Ospedale può assistere i pazienti nella richiesta di copertura tramite i programmi statali disponibili, ma non ha un ruolo nella determinazione dell'idoneità al programma di MassHealth o HSN. Saranno MassHealth o HSN a emettere tutte le notifiche di idoneità. Il paziente è comunque tenuto a informare l'Ospedale di tutte le decisioni in merito alla copertura, per garantire l'aggiudicazione corretta e puntuale di tutte le fatture dell'Ospedale.

D. Validità di una richiesta pendente HSN/MassHealth

I pazienti per i quali l'Ospedale ha presentato a Massachusetts Health Connector una domanda per idoneità ai programmi MassHealth e HSN terrà in sospeso le fatture fino alla notifica della decisione in merito.

E. Appello per l'esito

- 1) MassHealth: Il paziente può fare direttamente appello o richiedere informazioni a MassHealth in merito alle decisioni sulla copertura. La richiesta deve essere inviata a MassHealth con documentazione di supporto.

- 2) Paziente a basso reddito: Un individuo può richiedere che MassHealth/ Connector effettui una revisione della determinazione dello status di paziente a basso reddito, dell'ottemperanza dell'Ospedale alle norme in 101 C.M.R. § 613.00, o, in circostanze eccezionali, all'idoneità a Medical Hardship.

F. HSN - Considerazioni su idoneità e copertura di pazienti a basso reddito

1) Determinazione di Paziente a basso reddito

La determinazione di Paziente a basso reddito è effettuata dal sistema di idoneità MassHealth /Massachusetts Health Connector ed è limitata ai residenti del Massachusetts. Il paziente deve presentare domanda online o in forma cartacea come descritto in Sezione VI(A) o Sezione VI(B) con la documentazione richiesta per verificare la residenza nel Massachusetts, l'identità e il reddito. Vi sono quattro principali categorie di copertura sotto HSN: (i) HSN-Primaria (Sezione VI(F)(4) sotto); (ii) HSN-Secondaria (Sezione VI(F)(5) sotto); (iii) HSN-Parziale (Sezione VI(F)(6) sotto); e (iv) HSN-Medical Hardship (Sezione VI(F)(7) sotto).

- a. L'Ospedale può anche assistere i pazienti per la registrazione nel Health Safety Net (*supporto sanitario*) usando una procedura di presunta determinazione, che fornisce un periodo limitato di idoneità. Questa procedura è condotta dai Consulenti Finanziari che, sulla base della autocertificazione del paziente dei dati finanziari, valuteranno se un paziente corrisponde alla definizione di paziente a basso reddito per i soli servizi di Health Safety Net. La copertura inizierà alla data in cui l'Ospedale effettua la determinazione fino alla fine del mese successivo in cui è stata effettuata la determinazione presunta. La copertura può comunque essere modificata prima se il paziente presenta domanda completa ai programmi statali come descritto sopra in Sezione VI(A) o Sezione VI(B).

2) Idoneità a HSN

Lo status di idoneità di un paziente per copertura sotto HSN verrà accertata al momento della registrazione usando il Sistema di Verifica Idoneità MassHealth (EVS), i sistemi di Amministrazione Informatica Medicaid del Massachusetts (MMIS), il passaporto o altri sistemi per idoneità dell'Ospedale se opportuni, e ogni modifica nello status del paziente verrà annotata nei dati in archivio.

3) Restrizioni del servizio

I pazienti identificati come pazienti a basso reddito riceveranno nella misura possibile i servizi in linea con le linee guida di copertura di HSN o MassHealth, comprese le restrizioni di "Servizio idoneo" come da norme statali e il corrispondente formulario dei farmaci. Un paziente richiedente servizi rimborsabili di non emergenza, non urgenti verrà informato per iscritto del costo massimo per quel servizio, ed egli dovrà firmare l'accettazione della responsabilità finanziaria prima del servizio reso.

4) Copertura – HSN - Primaria

Un paziente a basso reddito senza assicurazione e che documenti reddito familiare MassHealth MAGI o reddito familiare Medical Hardship (come descritto in 101 C.M.R. § 613.04(1)), tra 0-300% del Livello Federale di Povertà (FPL) può essere idoneo a HSN- Primario sulla base delle seguenti eccezioni:

- a. Pazienti a basso reddito idonei al Programma Premium di assistenza al pagamento operata da Health Connector sono idonei al Health Safety Net – Primario solo nella misura permessa secondo 101 C.M.R. § 613.04(5)(b).
- b. Gli studenti soggetti ai requisiti del Piano Sanitario per Studenti di M.G.L. c. 15A, § 18 non sono idonei alla copertura Health Safety Net – Primario

5) Copertura – HSN – Secondario

Un paziente a basso reddito può essere idoneo a HSN – Secondario se lui/lei ha un'altra assicurazione primaria e possa documentare un reddito familiare MassHealth MAGI o reddito Medical Hardship (come descritto in 101 C.M.R. § 613.04(1)), tra 0-300% del FPL, soggetto alle seguenti eccezioni:

Polizza di credito e recupero crediti Hallmark Health

- a. Pazienti a basso reddito idonei al Programma Premium di assistenza al pagamento operata da Health Connector sono idonei al Health Safety Net – Secondario solo nella misura permessa secondo 101 C.M.R. § 613.04(4)(a)(2)(a).
 - b. Gli studenti soggetti ai requisiti del Piano Sanitario per Studenti di M.G.L. c. 15A, § 18 non sono idonei alla copertura Health Safety Net – Secondaria
- 6) Copertura -- HSN – Franchigie parziali
I pazienti aventi qualifica per copertura HSN – Primaria o HSN – Secondaria con reddito familiare MassHealth MAGI o reddito familiare Medical Hardship tra 150.1% e 300% del FPL (*Livello federale di povertà*) possono essere soggetti a franchigia annuale se tutti i membri del gruppo familiare Premium Billing (PBFG) hanno un reddito superiore a 150.1% del FPL. Un gruppo PBFG è un gruppo di persone che vivono insieme come definito in 130 C.M.R. § 501.001. Se un membro del PBFG ha un reddito inferiore a 150.1% del FPL, non vi è franchigia per alcun membro del PBFG. La franchigia annuale è calcolata in base a 101 C.M.R. § 613.04(4)(c)(1).
- 7) Copertura -- HSN - Medical Hardship (*Difficoltà a pagare spese mediche*)
Un residente del Massachusetts con qualsiasi livello di reddito può qualificarsi per Medical Hardship tramite il Supporto Sanitario se le spese mediche hanno esaurito le sue entrate al punto che lei/lui non sia in grado di pagare per i servizi sanitari. Per richiedere Medical Hardship, le spese mediche ammissibili devono superare una specifica percentuale del reddito del richiedente definito in 101 C.M.R. § 613.05(1)(c). Il contributo previsto per il richiedente viene calcolato come la specifica percentuale di reddito misurabile come definito in 101 C.M.R. § 613.05(1)(b) basato sul FPL (*Livello di Povertà Federale*) Medical Hardship moltiplicato per reddito misurabile detratte le fatture non qualificanti per pagamento di Supporto Sanitario, le quali rimarranno responsabilità del richiedente.
- 8) Responsabilità finanziaria paziente a basso reddito/ Parziale HSN/Medical Hardship:
- a. La responsabilità finanziaria di un paziente a basso reddito è limitata a co-pagamenti (da qualsiasi pagante tranne Medicare), franchigie definite da HSN (come discusso sopra in Sezione VI(F)(6)), oppure il paziente ha consentito a pagamenti per il CommonHealth Spend Down.
 - b. Depositi per pazienti a basso reddito designati come HSN parziale (come discusso in Sez VI(F)(6) o Medical Hardship (come discusso sopra in Sezione VI(F)(7)): I depositi verranno richiesti da questi pazienti a condizione che questa sia la copertura primaria per i saldi aperti per tutti i servizi di non emergenza, non urgenti. Verrà rivisto lo stato attuale della franchigia HSN parziale annuale della famiglia del paziente, e potrebbe essere riscosso un deposito fino al 20% della franchigia annuale del paziente fino ad un massimo di \$ 500. L'Ospedale potrebbe anche richiedere un deposito a pazienti che qualificano per Medical Hardship fino ad un 20% del contributo Medical Hardship del paziente, fino ad un massimo di \$ 1.000.
 - c. Piani di pagamento: I pazienti a basso reddito verranno avvisati della disponibilità di piani di pagamento per coprire saldi aperti secondo le norme specificate in Sez VIII Modi di Pagamento.
 - d. Servizi non clinicamente necessari: I pazienti a basso reddito dovranno pagare in anticipo per i servizi clinicamente non necessari come descritto in Sezione II(C), a condizione che il paziente sia informato in anticipo del costo massimo di questi servizi e firmi il riconoscimento che i servizi non sono coperti da HSN o altri programmi di assistenza del Massachusetts. I servizi verranno postposti a tempo indeterminato fino a pagamento avvenuto come da Sezione VIII(E).

VII. NON-RESIDENTI DEL MASSACHUSETTS

A. Residenti USA al di fuori del Massachusetts

Oltre a seguire le procedure stabilite per pazienti assicurati (Sezione IV(C)) e non assicurati (Sez IV(D)), l'Ospedale incoraggerà i pazienti USA non residenti in Massachusetts potenzialmente idonei a copertura sotto il loro Medicaid

Polizza di credito e recupero crediti Hallmark Health

di stato o altri programmi governativi (i Programmi Statali per residenti USA fuori del Massachusetts) a fare richiesta di copertura.

- 1) L'Ospedale può assistere i residenti USA fuori del Massachusetts richiedenti programmi statali fornendo al paziente informazioni in merito ai programmi da considerare. Gli individui possono fare richiesta di copertura tramite appropriata richiesta presentata con il sistema di registrazione dei residenti USA fuori del Massachusetts. La documentazione necessaria può includere, ma non solo, prova di (1) reddito familiare annuale (buste paga, pagamenti della Previdenza Sociale, una lettera del datore di lavoro, dichiarazioni dei redditi o estratti conto bancari); (2) cittadinanza e identità; (3) status di immigrazione per non-cittadini (se opportuno), e (4) beni degli individui con 65 anni di età e oltre. Lo Stato in questione notificherà il paziente in merito alla documentazione da presentare per verifica finale.
- 2) L'Ospedale non ha un ruolo nella determinazione dell'idoneità al programma da parte dei Programmi Statali per residenti U.S.A fuori del Massachusetts. Saranno questi Programmi ad emettere le notifiche di idoneità, non l'Ospedale. Il paziente è comunque tenuto a informare l'Ospedale di tutte le decisioni in merito alla copertura, per garantire l'aggiudicazione corretta e puntuale di tutte le fatture dell'Ospedale
- 3) Il paziente può fare direttamente appello o richiedere informazioni al Programma Statale per residenti USA fuori dal Massachusetts in merito alle decisioni sulla copertura.

B. Pazienti Internazionali

Oltre a seguire le procedure delineate per pazienti assicurati (Sezione IV(C)) e non assicurati (Sezione IV(D)), l'Ospedale si adopererà per raccogliere informazioni sull'indirizzo locale e permanente dei residenti di paesi stranieri, e prendere tutte le necessarie misure per assicurare il pre-pagamento dei servizi di non emergenza, non urgenti.

VIII. CONDIZIONI DI PAGAMENTO

A. Linee generali

I pagamenti possono essere fatti all'Ospedale in vari modi. Sono disponibili varie modalità di pagamento inclusi i depositi (pagamenti iniziali) e piani di pagamento. Il paziente o garante può stabilire queste modalità con il Servizio Clienti per gli account dei pazienti Hallmark Health. Tutte le modalità di pagamento saranno conformi a criteri pre-determinati e opportunamente riportate nei sistemi di fatturazione e registrazione dell'Ospedale.

B. Forme di pagamento

I pagamenti possono essere eseguiti tramite assegni personali, assegni bancari certificati, trasferimenti online, carte di credito/debito o contanti. L'Ospedale manterrà una procedura per tracciare assegni "scoperti" e ottenere il rimborso dall'account del paziente. L'emissione di un assegno scoperto potrebbe risultare nel trasferimento dell'account in Insolvenza.

C. Valuta

A meno che non vi siano accordi diversi, il pagamento sarà in valuta USA. Un pagamento in valuta diversa verrà valutato secondo il tasso di cambio specificato dalla banca dell'Ospedale, comprese eventuali spese di conversione.

D. Piani di pagamento

L'Ospedale mantiene per i piani di pagamento una Polizza di Assistenza Finanziaria diversa. Tutti i pazienti a basso reddito o Medical Hardship verranno informati del fatto che l'Ospedale offre un piano di pagamento. La Polizza di Assistenza Finanziaria è disponibile al pubblico sulla pagina web dell'Ospedale, sotto <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>.

E. Depositi

Hallmark Health si riserva il diritto di richiedere il pagamento anticipato per pazienti che ricevono servizi di non emergenza, non urgenti. Se non è disponibile un costo stimato, verrà chiesto ai pazienti di fare un deposito (pagamento ai fini del saldo finale). Il mancato pagamento prima dei servizi di non emergenza, non urgenti o il mancato deposito richiesto porterà al posticipo a tempo indefinito dei servizi, a condizione che il medico curante giudichi che il trattamento non è clinicamente necessario. Hallmark Health non richiederà depositi di pre-ammissione e/o di trattamento a individui che necessitano di servizi di emergenza, urgenti, o da individui protetti da tali richieste di riscossione come da relative norme statali (Appendice C – Pazienti protetti da richiesta di recupero crediti).

IX. FATTURAZIONE AI PAZIENTI E RECUPERO CREDITI

A. Principi generali

L'Ospedale si adopererà per incassare tutti gli importi dovuti dagli assicuratori secondo gli standard stabiliti, ed effettuerà nei tempi dovuti pagamenti e adeguamenti contrattuali sull'account del cliente. Questi impegni comprendono l'emissione di fatture su tutti i piani assicurativi disponibili secondo le richieste dei paganti, e il follow up puntuale delle richieste rifiutate. I pazienti o altri garanti sono responsabili di tutti i saldi aperti dopo l'applicazione di tutti i pagamenti assicurativi, gli adeguamenti contrattuali, gli sconti /adeguamenti pattuiti in accordo con ogni avviso di pagamento ricevuto dal pagante, ad eccezione di quando il saldo possa essere presentato al Piano di Supporto Sanitario o venga ritenuto esente da riscossione secondo le leggi del Massachusetts. Le richieste di recupero crediti possono includere gli estratti conto dei pazienti, lettere dei pazienti, contatti telefonici, avvisi certificati di notifica di riscossione e attività di riscossione incluso report dell'ufficio di credito.

Il paziente è tenuto a fornire informazioni complete e tempestive sui dati assicurativi e anagrafici, e a sapere quali servizi sono coperti dalla sua polizza assicurativa. È previsto che i pazienti che ne hanno i mezzi, paghino per i servizi resi da Hallmark Health.

B. Procedure di fatturazione ospedaliera, comprese le comunicazioni ai pazienti, le lettere e telefonate

L'Ospedale si adopererà per fare in modo che venga emessa fattura alla parte appropriata, e che venga avanzata richiesta di riscossione al pagante appropriato. L'Ospedale preparerà e invierà regolarmente – direttamente o tramite i suoi agenti designati – gli estratti conto ai pazienti/garanti per informarli di saldi dovuti all'Ospedale. Il sistema di fatturazione terrà nota di tutte le attività sul conto e delle comunicazioni, comprese le fatture. Il personale è tenuto a documentare tutti i contatti con il paziente (o garante) nel sistema di fatturazione, nel sistema di registrazione o nel sistema di recupero crediti dei paganti. Per i residenti del Massachusetts, le richieste non verranno presentate al Supporto Sanitario (*Health Safety Net*) fino a che non si saranno esauriti questi sforzi.

- 1) Fattura iniziale del paziente: L'Ospedale invierà una fattura iniziale al paziente o al garante. La fattura iniziale riporterà una lista di tutte le spese, i pagamenti e adeguamenti inclusi nella fatturazione iniziale per ogni data di servizio /ammissione. La fattura iniziale fornirà informazioni in merito ai programmi di assistenza finanziaria disponibili che potrebbero coprire i costi della fattura dell'Ospedale.
- 2) Fatturazioni successive: L'Ospedale prevede di continuare a fatturare al paziente o garante circa ogni 30 giorni per un periodo fino a 120 giorni, ovvero il periodo di tempo appropriato per fatturazioni continue e attività di recupero crediti.
- 3) Telefonate e altre comunicazioni: Telefonate, notifiche di fatturazione, lettere, contatti personali, avvisi e ogni altro mezzo di notifica costituiscono uno sforzo genuino di contattare la parte responsabile degli obblighi, e informano il paziente della disponibilità di assistenza finanziaria.
- 4) Sospensione della fatturazione: In alcune situazioni, le fatture continue e la riscossione potrebbero essere inappropriate, ed essere sospese o interrotte. Tali situazioni includono tra altre cose: indirizzo errato (Sezione IX(B)(9)), bancarotta (Sezione IX(D)(1)), reclamo del paziente, importi modesti (Sezione IX(B)(10)).

Polizza di credito e recupero crediti Hallmark Health

- Idoneità pendente o approvata MassHealth o HSN (Sezione VI(D) e Sezione IX(B)(6)), o pazienti che stanno facendo domanda di assistenza finanziaria Hallmark Health.
- 5) Notifica di disponibilità di assistenza finanziaria: Gli estratti conto dei pazienti includono le notifiche come richiesto dalle norme applicabili, al fine di informare i pazienti della disponibilità e dei mezzi per accedere all'assistenza finanziaria. Le notifiche sulla disponibilità di assistenza finanziaria verranno incluse anche all'interno di altre comunicazioni al momento del ricovero e della dimissione.
 - 6) Pazienti protetti da azioni di recupero crediti: L'Ospedale provvederà a fare in modo di non intraprendere azioni di recupero crediti, incluse telefonate, estratti conto, lettere nel caso di pazienti che sono esenti da azioni di recupero crediti in conformità con le leggi in vigore. Ciò potrebbe includere i pazienti iscritti in programmi statali esenti da azioni di riscossione come descritto in Appendice C, pazienti per i quali l'Ospedale ha tardato a presentare la domanda per Medical Hardship (Sezione VI(B)), pazienti con una domanda in corso per un programma statale (Sezione VI(D)), o con una richiesta in corso per assistenza finanziaria in conformità con la Polizza di assistenza finanziaria Hallmark Health. L'Ospedale può continuare a mandare lettere con richiesta di informazioni o azioni da parte del paziente per risolvere questioni di copertura e/o idoneità con un pagante primario, programma di Worker's Compensation (*assegno per infortunio*) o per ottenere informazioni per Responsabilità verso Terzi o MVA (*incidente stradale*).
 - 7) Notifica finale (di recupero crediti) : L'Ospedale si adopererà per mandare per posta ad ogni paziente una notifica finale (di recupero crediti) prima di spostare il conto in Insolvenza. Le notifiche per i pazienti minorenni verranno inviate al garante.
 - 8) Insolvenza in emergenza per residenti del Massachusetts: nei casi in cui un conto viene preso in considerazione dall'Ospedale per essere girato a Insolvenza in emergenza, l'Ospedale si assicurerà che vengano soddisfatti i seguenti criteri:
 - a. Il conto è stato sottoposto a ripetuti e documentati tentativi di riscossione per almeno 120 giorni;
 - b. È stata fatta domanda per via elettronica a EVS o MMIS per selezione di copertura;
 - c. I servizi forniti rientrano nei servizi di emergenza come da definizione in questa Polizza; e
 - d. È stata mandata per posta certificata una notifica finale di riscossione per saldi di \$ 1.000 o superiori. I conti documentati in maniera appropriata come conti in Insolvenza possono essere presentati al Health Safety Net senza invio con posta certificata della notifica finale di riscossione a condizione che siano passati 120 giorni dalla fattura iniziale e che dopo sforzi ragionevoli e genuini l'Ospedale non sia stato in grado di ottenere un indirizzo aggiornato.
 - 9) Notifiche rese al mittente per indirizzo errato: L'Ospedale tenterà di rintracciare, ricercare e rimettere fattura in caso di notifiche rese da USPS in quanto non consegnabili. L'indirizzo verrà verificato e corretto, usando programmi "skip trace" eventualmente disponibili tramite terzi. Ove possibile, i conti verranno identificati come conti "con indirizzo errato" nei sistemi di registrazione e fatturazione. Una volta che un conto è stato marcato con indirizzo errato, non dovrebbero essere elaborate nuove notifiche o lettere fino a che non venga trovato un indirizzo nuovo. L'Ospedale non dovrà inviare notifiche a indirizzi errati per preservare la privacy HIPAA. I conti le cui informazioni anagrafiche più recenti contengono un indirizzo errato possono essere inoltrati ad agenzie esterne per Insolvenza per essere seguiti, ad eccezione dei conti insolventi di emergenza che verranno seguiti per 120 giorni prima di essere ricollocati.
 - 10) Adeguamento per importo modesto: In considerazione dei costi per i conti da processare e delle attività legate al recupero crediti, dopo la prima notifica l'Ospedale può cancellare i saldi aperti nei conti con importi soglia di \$15 "Fatturazione importi modesti". Questa polizza verrà applicata in maniera costante per tutti i paganti. In nessun caso gli adeguamenti per importi modesti in questa sezione verranno fatturati a HSN.

C. Notifica di Supplemento

L'Ospedale seguirà una procedura per identificare tutti i saldi di pazienti soggetti a supplemento secondo il Fondo Fiduciario Health Safety Net su Ospedali "Acute" come richiesto sotto 101 C.M.R. § 614.05. Gli importi maggiorati verranno fatturati al cliente, e i fondi raccolti girati a HSN con i tempi da loro richiesti.

D. Situazioni particolari di recupero crediti

- 1) Paziente in Bancarotta: L'Ospedale tenterà ove possibile di rintracciare le notifiche di fallimento, e di mantenerle in archivio per garantire che tutte le procedure di corte approvate vengano seguite, inclusa la presentazione di reclami se appropriato, o l'annullamento del debito.
- 2) L'Ospedale non emetterà fattura a paziente HSN a basso reddito per (1) reclami relativi a Eventi seri riportabili come descritto in 101 C.M.R. § 613.03(1)(d); oppure (2) reclami dati da errore amministrativo o tecnico di fatturazione.
- 3) Copertura secondaria HSN: L'Ospedale si adopererà per limitare la presentazione di reclami a HSN, incluse franchigie e i servizi non coperti, quei casi in cui un paziente ha esaurito i propri benefit o in casi in cui l'iscrizione presso il pagante non era attiva al momento della prestazione dei servizi. Se l'Ospedale riceve un pagamento aggiuntivo o corretto su un reclamo precedentemente presentato a HSN, dovrà essere presentato a HSN un reclamo adeguatamente modificato.
- 4) Franchigia parziale HSN: L'Ospedale fatturerà i pazienti per il 100% della loro franchigia parziale HSN, meno i depositi dei pazienti ottenuti in accordo con Sezione VI(F)(8)(b) fino a che gli importi pari alla franchigia annuale sono stati fatturati, compresi eventuali importi inclusi nei loro piani di pagamento. Le richieste non verranno presentate a HSN fino a completa copertura della franchigia del paziente.

E. Considerazioni particolari di elaborazione di un account

In alcuni casi, potrebbero essere necessarie maggiori informazioni o procedure per elaborare in maniera appropriata l'account di un paziente.

- 1) Worker's Compensation (WC) – *Rimborso per Infortunio*: I servizi relativi agli incidenti sul lavoro dovrebbero essere trascritti negli archivi in maniera appropriata. Le informazioni aggiuntive necessarie includono data e ora dell'incidente, nome e telefono del datore di lavoro, e assicurazione del datore di lavoro per gli Infortuni con il numero di telefono. L'Ospedale cercherà di ottenere la copertura di WC. Tutti i rimborsi ricevuti dopo presentazione della richiesta verranno detratti dalla richiesta originale e riportati al pagante o HSN, incluse le richieste annullate o rese. Se non vi è copertura WC, la richiesta verrà gestita con regolare fatturazione.
- 2) Incidenti automobilistici (MVA) e Responsabilità di Terzi (TPL): I servizi relativi a un incidente automobilistico o con responsabilità di terzi dovrebbero essere marcati in maniera appropriata alla registrazione. Verranno effettuati i tentativi del caso per raccogliere informazioni aggiuntive per la presentazione di richieste MVA incluse data e ora dell'incidente, la località per i casi di responsabilità di terzi, e la società di assicurazione degli automobilisti. Anche il nome di un eventuale avvocato per la presentazione della richiesta dovrebbe essere annotato, se disponibile. Verranno effettuati tentativi di emettere fattura alla società MVA/TPL per raccogliere eventuali importi disponibili di Protezione Personale di Lesioni (PIP - Personal Injury Protection). Le richieste di assicurazione sulla salute verranno processate una volta che il PIP è esaurito. L'Ospedale può anche presentare un vincolo contro futuri pagamenti per lesioni corporali effettuate dalla società MVA al paziente, se siamo in grado di identificare il nome dell'avvocato del paziente che gestisce la richiesta. Eventuali importi recuperati dopo la presentazione della richiesta andranno in compensazione della richiesta originale, e riportati al pagante o HSN, inclusi eventuali richieste annullate o rese. Se non vi è copertura MVA/TPL, allora la richiesta verrà gestita con regolare fatturazione.

- 3) Atto di Trasferibilità e Responsabilità di Assicurazione Sanitaria (HIPAA): Come da HIPAA, i pazienti che hanno pagato l'importo completo per uno specifico articolo o servizio hanno il diritto di richiedere che la loro PHI (Informazione protetta di Sanità) riguardante tale articolo o servizio non venga inviata al loro piano di assicurazione sanitaria a scopo di pagamento, a meno che tale informazione sia altrimenti richiesta dalla legge in vigore. Tale restrizione vale solo per lo specifico articolo o servizio fornito e fatturato dall'Ospedale. I pazienti che desiderano che venga praticata tale restrizione devono pagare in pieno tutti gli importi dovuti al momento del servizio oppure, se il saldo non può essere completamente stimato al momento del servizio, dopo aver ricevuto la notifica del saldo. Se l'Ospedale non è in grado di ottenere il pieno pagamento dal paziente richiedente tale restrizione anche dopo essersi adoperato in tal senso, l'Ospedale può notificare il paziente ed emettere fattura al suo piano sanitario. La contabilità deve essere avvisata per proteggersi da un rilascio inappropriato.

X. TRASFERIMENTO IN INSOLVENZA

A. Trasferimento del conto in Insolvenza

L'ospedale cercherà di qualificare il paziente per assistenza finanziaria sotto i programmi statali, federali o di Hallmark Health notificando il paziente per iscritto in merito ai programmi di assistenza disponibili, e assistendo tali individui con la redazione delle domande di ammissione. Una volta completati questi passaggi e quando i tentativi di riscossione interna sono esauriti, i conti possono essere trasferiti in Insolvenza. Questo avverrà solitamente dopo che il conto avrà terminato il suo ciclo di 120 giorni di fatturazione al cliente, con alcune eccezioni date da indirizzo errato o altre circostanze allevianti. I conti in Insolvenza saranno in genere oggetto di ulteriori tentativi di riscossione mediante una serie di risorse, incluso il personale, le agenzie di recupero crediti esterne, o gli avvocati per il recupero crediti in ottemperanza alle leggi in vigore.

B. Agenzie di recupero crediti

Ogni agenzia che effettui il recupero crediti dei pazienti per conto dell'Ospedale è tenuta ad attenersi a questa Polizza, incluso l'obbligo di astenersi da "attività di recupero crediti straordinarie" (come definito di seguito) fino a quando l'Ospedale si sia adoperato e abbia seguito le procedure atte a stabilire se il paziente è idoneo all'assistenza o esenzione dal recupero crediti o dalle procedure di fatturazione come da questa polizza. Tutti i reclami sostanziali dei pazienti verranno riportati all'Ospedale per revisione e controllo. Tutti gli agenti si atterranno in pieno alle normative applicabili IRS e federali sul recupero crediti giusto, come alle norme sul recupero crediti secondo la legge del Massachusetts. Tutte le agenzie riporteranno in maniera tempestiva le azioni di recupero crediti, compresa la decisione di annullare i tentativi di recupero crediti.

C. Azioni straordinarie di recupero crediti (ECAs)

L'Ospedale può iniziare azioni straordinarie di recupero crediti (ECAs) in determinate circostanze per conti rispetto ai quali non è stato effettuato pagamento a seguito di tentativi come definito in Sezione X(B).

- 1) Report dei Crediti: L'Ospedale o un'agenzia di recupero crediti operante per conto dell'Ospedale possono riportare i saldi aperti ai credit bureau. .

XI. CONTI IN CREDITO E RIMBORSI

In generale, l'Ospedale rimborserà i pazienti con conti in credito che potrebbero risultare da un eccesso di fondi ricevuti dal paziente. Nei casi in cui saranno stati vani i tentativi di effettuare rimborsi su un conto in credito, l'Ospedale rimetterà i saldi in credito al Tesoriere del Commonwealth del Massachusetts, in conformità alle normative statali sulla Proprietà Abbandonata.

XII. EVENTI SERI DA RIPORTARE (SREs)

L'Ospedale si atterrà ai requisiti sulla fatturazione, incluse le normative del Dipartimento di Sanità Pubblica (105 C.M.R. § 130.332) per il mancato pagamento di specifici servizi o riammissioni che l'Ospedale determina essere il risultato di Eventi Seri da Riportare (SRE). SREs che non si verificano all'Ospedale sono esclusi da questa definizione di non pagamento.

XIII. OTTEMPERANZA ALL'ATTO DI TRASFERIBILITA' DI ASSICURAZIONE SANITARIA E AFFIDABILITA' (HIPAA)

L'Ospedale conserva anche tutte le informazioni in accordo con le relative leggi federali e statali di privacy, sicurezza e furto di identità.

XIV. DIRITTI E RESPONSABILITA' DEI PAZIENTI

L'Ospedale informerà i pazienti dei seguenti obblighi:

- 1) Fornire in maniera completa e tempestiva le informazioni assicurative e anagrafiche. Informare l'Ospedale e MassHealth di eventuali modifiche nel loro status, inclusi reddito e assicurazione, e dei dati sulle franchigie HSN.
- 2) Impegnarsi a comprendere le restrizioni della loro copertura assicurativa inclusi i limiti di rete, i limiti di copertura dei servizi e le responsabilità finanziarie dovute alla copertura limitata, ai co-pagamenti, alle franchigie, e alla co-assicurazione.
- 3) Per i pazienti che ne hanno i mezzi, pagare in maniera tempestiva i servizi resi da Hallmark Health, inclusi i co-pagamenti, le franchigie, e la co-assicurazione.
- 4) Essere conformi al riferimento assicurazione, pre-autorizzazione, e altre polizze di gestione sanitaria. Adeguarsi agli altri requisiti dell'assicurazione compreso il completamento del coordinamento di tipi di benefit, aggiornare le informazioni come socio, le informazioni del medico, comprendere la copertura dei benefit e altri requisiti. Per servizi non coperti, prenderne atto e organizzare modalità di pagamento alternative.
- 5) Per i residenti del Massachusetts, ottenere copertura tramite Health Connector, altre fonti di copertura assicurativa, o richiedere a MassHealth/Commonwealth Care il riconoscimento di paziente a basso reddito (se potenzialmente idoneo), compresa la presentazione di tutta la documentazione necessaria.
- 6) Notificare l'Ospedale in merito ad ogni possibile copertura per incidente stradale, copertura per responsabilità di terzi, o copertura Worker's Compensation (Infortunio sul Lavoro). Per i pazienti coperti da MassHealth o Health Safety Net, fare richiesta di compensazione, se disponibile, in merito all'incidente, lesione o perdita, e avvisare il programma statale pubblico (as es. ufficio Medicaid e Health Safety Net) entro dieci giorni su informazioni relative a richieste di denuncia o assicurazione che coprano i costi dei servizi forniti dall'Ospedale. Il paziente è inoltre tenuto ad assegnare il diritto a un pagamento da parte di terzi che possa coprire i costi dei servizi pagati dallo stato o Health Safety Net, o ripagare HSN dai fondi ricevuti dalla terza parte. Se il paziente non ripaga volontariamente HSN tramite i fondi ricevuti da terzi, HSN può recuperare tali pagamenti.

XV. PUBBLICAZIONE DELLA POLIZZA DI CREDITO E RECUPERO CREDITI

La Polizza Hallmark Health Credito & Recupero crediti, Lista Fornitori affiliati, e la Polizza Hallmark Health Assistenza Finanziaria sono disponibili su: <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>.

- 1) Il sito web è accessibile anche tramite la homepage di Hallmark Health (<https://www.hallmarkhealth.org/>) scegliendo Paziente/Visitatore => Consulenza Finanziaria e Fatturazione => Polizze di Assistenza Finanziaria.
- 2) Il sito web comprende vari modi in cui i pazienti possono richiedere assistenza all'Ospedale, inclusa una lista di strutture per la consulenza finanziaria e un numero centrale per gli appuntamenti. Il sito web informa i pazienti che i moduli di richiesta e la consulenza per l'assistenza finanziaria sono gratuiti.

XVI. APPROVAZIONE DELLA COMMISSIONE

La Polizza Credito e Recupero Crediti Hallmark Health è stata approvata dal Consiglio di Amministrazione Hallmark Health il 27 luglio 2017.

Appendice A– Strutture Hallmark Health, Entità partecipanti

Questa polizza di assistenza finanziaria si applica ai servizi forniti e fatturati da Hallmark Health presso le seguenti strutture:

1. Melrose-Wakefield Hospital Campus, 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
2. Lawrence Memorial Hospital Campus, 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155.
 - a. Lawrence Memorial Hospital Urgent Care Center, 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155.
3. Hallmark Health System Hematology and Oncology Center, 41 Montvale Avenue, 3rd, 4th, and 5th Floors, Stoneham, MA 02180. (*Centro di Ematologia e Oncologia*)
4. Hallmark Health in 101 Main, 101 Main Street, Medford, MA 02155
 - a. Lawrence Memorial Hospital Rehabilitation Services, Suites 105 and 106. (*Riabilitazione*)
 - b. Community Counseling Services, Suite 112. (*Servizi di Consulenza*)
 - c. Lawrence Memorial Medical Services, Suites 113, 114, and 116.
 - d. Family Medical Associates, Suites 213, 214, and 215.
5. Community Counseling Center, Malden Family Health Center, 178 Savin Street, 2nd Floor, Malden, MA 02148.
6. Health Image Women's Imaging Center, 830 Main Street, 3rd Floor, Melrose, MA 02176.
7. Chem Center for Radiation Oncology & MRI, 48 Montvale Avenue, Stoneham, MA 02180.
8. Hallmark Health Outpatient Diagnostic Testing and Rehabilitation Center, 30 Newcrossing Road, Reading, MA 01867. (*Centro diagnostico esami e riabilitazione pazienti esterni*)
 - a. Reading Urgent Care Center, 30 Newcrossing Road, Reading, MA 01867. (*Servizi urgenti*)
9. Melrose-Wakefield Hospital Rehabilitation Services, 22 Corey Street, Melrose, MA 02176.

Appendice B: Lista Fornitori affiliati Hallmark Health, Entità non partecipanti

Ciascuno di questi fornitori o gruppi di fornitori fornisce servizi ad una struttura ospedaliera; tuttavia le loro fatture e conti non sono coperti dalla Polizza di assistenza finanziaria Hallmark Health ("FAP"). La Fap Hallmark Health esclude i servizi forniti e fatturati dalle seguenti entità associate a Hallmark Health:

1. Hallmark Health's Physicians Organization, Hallmark Health Medical Associates.
2. Hallmark Pathology, P.C.
3. Hallmark Imaging Associates, P.C.
4. Reparti in cui un paziente potrebbe essere visto da un Fornitore non coperto da FAP sono: Cardiologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Radiologia/Ematologia/Oncologia, Malattie Infettive, Medicina Interna, OB-GYN Ginecologia, Nefrologia, Podologia, Pneumologia, Reumatologia, Medicina del Sonno, Chirurgia, Urologia, Vulnologia.
5. Melrose-Wakefield Emergency Physicians, Inc.
 - a. Medici presso Hallmark Health i reparti di Emergenza collocati presso Lawrence Memorial Hospital , 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155 e Melrose-Wakefield Hospital al 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
 - b. Medici presso Hallmark Health System Cemtri di Cura urgente collocati presso 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155 e 30 New Crossing Road, Reading, MA 01867.
6. Hospital Medicine Associates (Team Health).
 - a. Ospedalieri Hallmark Health presso Lawrence Memorial Hospital al 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155 e Melrose-Wakefield Hospital al 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
7. Metropolitan Anesthesia.
8. Mystic Cardiology Associates, Inc., inclusi Dr. Conway, Dr. Pladziewicz e Dr. Samenuk.
9. Mystic Medical Group, incluso Dr. Weinstein.
10. UMS New England Lithotripsy.
11. Middlesex Cardiology Associates, Inc.
12. Tufts Medical Center Physicians Organization, Inc. (f/k/a New England Health Care Foundation, Inc.)
13. Eliot.
14. Pediatrix.
15. Regional Home Care. (*Cura Domestica Regionale*)

Tutti i medici e le organizzazioni mediche associate a Hallmark Health inclusi i fornitori elencati sopra sono invitati, ma non tenuti, a seguire la polizza di assistenza finanziaria Hallmark Health.

APPENDICE C – Pazienti di Hallmark Health protetti da azioni di Recupero Crediti¹

I seguenti pazienti che ricevono servizi medici necessari dall'Ospedale sono esenti da azioni di recupero crediti nella misura qui di seguito descritta. Il recupero crediti comprende ogni attività tramite la quale l'Ospedale o un agente dell'Ospedale richiede pagamento per servizi al paziente, al garante del paziente, o a terzi responsabili per il pagamento. Tali attività possono includere i depositi di pre-ammissione o pre-trattamento, i saldi fatturati, lettere di follow up per il recupero crediti, contatti telefonici, contatti personali e attività di agenzie di riscossione e avvocati.

| ProgrammaMassachusetts | Regola generale | Eccezioni |
|---|--|---|
| Pazienti MassHealth | L'Ospedale non può emettere fattura fintanto che il paziente è in grado di fornire prova di partecipazione | <ul style="list-style-type: none"> a. Può fatturare per co-pagamenti e franchigie b. Può fatturare per pazienti che non possono fornire prova di partecipazione. |
| Aiuto in Emergenza ai Pazienti anziani, disabili e ai bambini (EAEDC) | | |
| Piano di Sicurezza medica Bambini (CMSP) Pazienti con reddito MAGI pari o minore al 300% FPL | | |
| Healthy Start Program Patients | | |
| Pazienti MedicalHardship | L'Ospedale non può fatturare al paziente per la porzione della fattura che eccede il contributo di Medical Hardship. Questo comprende i pazienti che diventano idonei per pagamento Medical Hardship dal HSN e hanno una richiesta pendente di Insolvenza | |
| Pazienti a basso Reddito | | |
| Tutti i pazienti a basso reddito | L'Ospedale non può fatturare al paziente per servizi sanitari non rimborsabili per i quali il Paziente ha consentito a farsi carico se la richiesta per servizio non rimborsabile è relativa a errore medico, o se la richiesta è stata negata dall'assicurazione primaria del paziente per errore amministrativo o di fatturazione. | <ul style="list-style-type: none"> a. Può fatturare al paziente per servizi sanitari non rimborsabili per i quali il paziente ha consentito ad assumersi la responsabilità finanziaria. b. Su richiesta del paziente, l'Ospedale può fatturare al paziente per permettergli di avere la franchigia associata al programma di Commonwealth |
| Tutti i pazienti a basso reddito tranne odontoiatria- Solo pazienti a basso reddito | L'Ospedale non può fatturare per servizi sanitari rimborsabili per i quali l'Ospedale sta ricevendo pagamenti da HSN. | <ul style="list-style-type: none"> a. Può fatturare per co-pagamenti e franchigie b. Può fatturare per servizi idonei resi dall'Ospedale prima della definizione del paziente per lo Stato come paziente a basso reddito, o dopo che lo status di basso reddito è scaduto o è stato interrotto. |

| | | |
|--|---|--|
| <p>Pazienti a basso reddito Con reddito familiare MassHealthMAGI o reddito misurabile Medical Hardship tra 150.1% fino a 300% del FPL</p> | <p>L'Ospedale non può fatturare il paziente per la porzione della sua fattura che eccede la Franchigia.</p> | <ul style="list-style-type: none"> a. Può fatturare per co-pagamenti per farmaci. b. Può fatturare per franchigia HSN parziale. c. Può fatturare per servizi idonei resi dall'Ospedale prima della determinazione del paziente come a basso reddito o dopo che lo status di basso reddito è scaduto o è stato interrotto. |
|--|---|--|

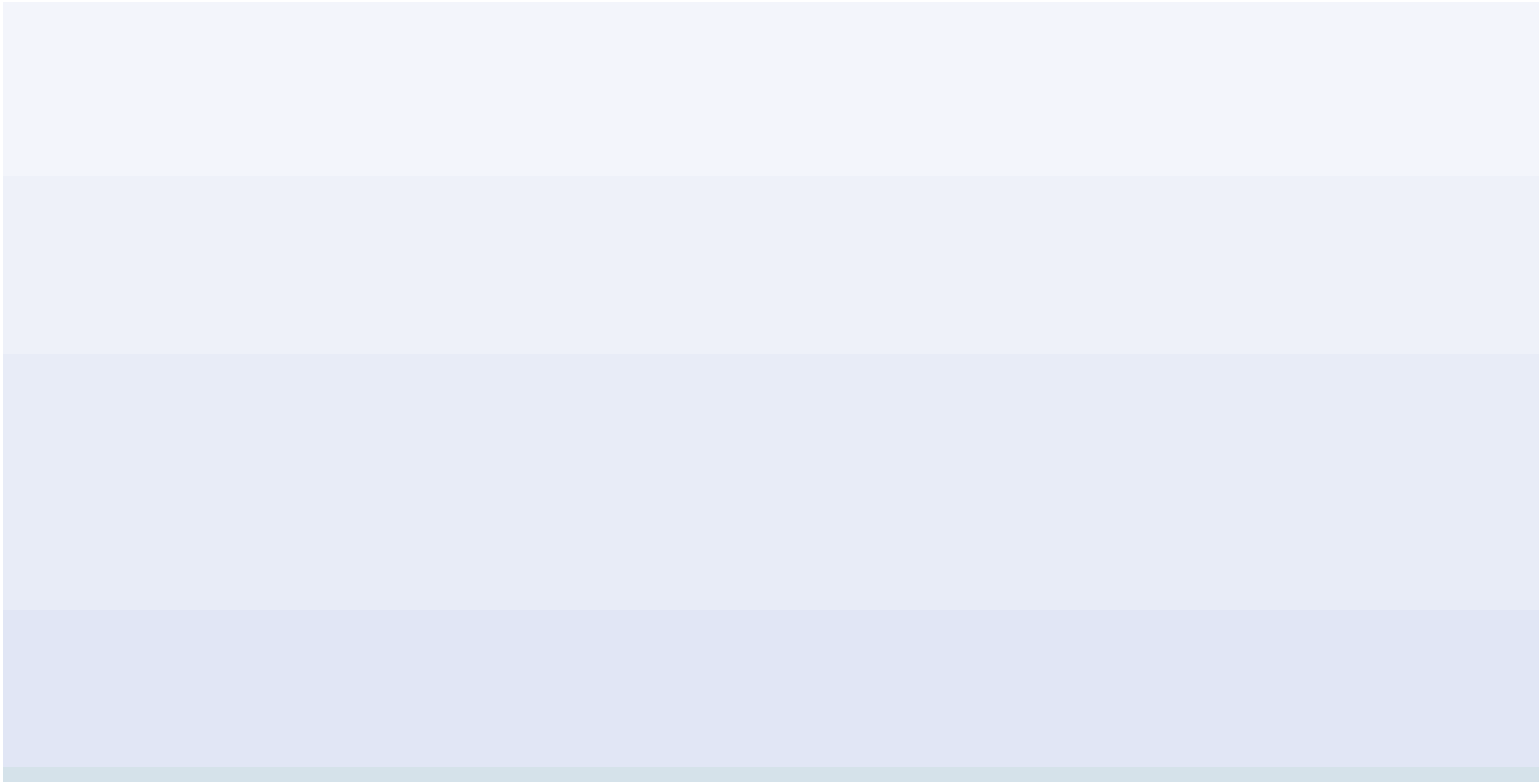
¹ vedi Normative Health Safety Net Massachusetts al 101 C.M.R. § 613.08(3).

Destinatario

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Si prega di intestare gli assegni a :

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |



Importo dovuto

Si prega di completare le sezioni appropriate e restituire il prima possibile nella busta allegata.

Modifiche dell'indirizzo

Nome (Cognome, Nome, Iniziale secondo nome)

Indirizzo

Città Stato CAP

Telephone

Dati Assicurazione primaria

Nome assicurato primario

Nome Assicurazione primaria Data validità

Indirizzo Assicurazione primaria

Città Stato ZIP Telefono

Nome datore di lavoro Numero di gruppo

ID Sottoscrittore # Data di nascita intestatario polizza

Compilare per pagamento con carta di credito

SEGNARE TIPO DI CARTA UTILIZZATA Mastercard VISA
 Discover American Express

NUMERO DELLA CARTA

DATA SCAD.

MM YY

FIRMA

IMPORTO
PAGATO

NOME

Dati Assicurazione secondaria

Nome Assicurato secondario

Nome Assicurazione secondaria Data validità

Indirizzo Assicurazione secondaria

Città Stato ZIP Telefono

Nome datore di lavoro Numero di gruppo

ID Sottoscrittore # Data di nascita intestatario polizza

Spiegazione dell' Estratto conto

Questo estratto conto è il riassunto del saldo aperto del Suo conto, che è adesso Sua responsabilità. I costi elencati si riferiscono solo ai servizi resi dal Sistema Hallmark Health.

Contattateci:

Questo estratto conto riporta solo i servizi resi attualmente a carico del paziente. Se non è in grado di pagare il saldo per ora, la preghiamo di contattare il nostro ufficio amministrativo per discutere piani di pagamento alternativi.

Se ha domande, la preghiamo di chiamare il Reparto Servizi Finanziari al 781-338-7000. I nostri orari di ufficio sono Lunedì – Venerdì h 8.00am fino alle 4.00pm. Se desidera contattarci per posta, la preghiamo di includere il nome del paziente, il numero di conto, la data del servizio e una descrizione della Sua richiesta, da inviare a:

Hallmark Health System
Attn: Patient Accounts
170 Governors Ave
Medford MA 02155

Notifica di Disponibilità di Assistenza Finanziaria:

L'Ospedale fornisce assistenza finanziaria per servizi medici necessari per i residenti degli Stati Uniti che non possono pagare sulla base delle Linee Guida Federali sulla Povertà.

Assistenza finanziaria per pazienti a basso reddito nel 2017

Per Informazioni sulla
Assistenza Finanziaria
Sistema Hallmark
Health, chiamare: 781-
338-7000

| Dimensioni nucleo familiare | Assistenza piena fino a questi livelli di reddito | Assistenza parziale fino a questi livelli di reddito |
|-----------------------------|---|--|
| 1 | \$17,820.00 | \$35,640.00 |
| 2 | \$24,030.00 | \$48,060.00 |
| 3 | \$30,240.00 | \$60,480.00 |
| 4 | \$36,450.00 | \$72,900.00 |

È disponibile anche assistenza alternativa tramite vari programmi di assistenza pubblica in caso di bisogni finanziari aggiuntivi o medical hardship.

VI PREGHIAMO DI CONTATTARCI SE DESIDERATE MAGGIORI INFORMAZIONI.