

财政援助政策  
Hallmark 医疗体系

# Hallmark 医疗财政援助政策

## 内容目录

|  |   |
|--|---|
| I. 目的  | 2 |
| II. 定义   |   |
| III. 总则  | 2 |
| a. 参与实体  | 2 |
| b. Hallmark 医疗把无保险和保险不足的病人定义为:   | 2 |
| c. 病人的责任:  | 3 |
| d. Hallmark 医疗财政援助和咨询:   | 3 |
| IV. Hallmark 医疗的病人折扣计划   | 3 |
| a. Hallmark 医疗提供下列病人折扣计划:  | 3 |
| b. 申请和筛选过程:  | 4 |
| c. 批准保险范围:   | 4 |
| d. 病人收入限制:   | 4 |
| e. 适宜的服务:  | 4 |
| f. 除外条款:   | 4 |
| g. Hallmark 医疗的低收入病人折扣:  | 4 |
| h. Hallmark 医疗的医疗困难折扣:   | 5 |
| i. Hallmark 医疗的无保险和保险不足的病人折扣政策:  | 5 |
| j. 计算向病人收取费用的金额的基础:  | 5 |
| V. 支付计划  | 5 |
| VI. 不支付  | 6 |
| VII. FAP 的出版和传播  | 6 |
| a. 与提供财务咨询和财政援助的 Hallmark 医疗的财务顾问有关的信息和与财政援助政策有关的信息可在网上找到: <a href="https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing.html">https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing.html</a> . | 6 |
| b. 网上发布  | 6 |
| c. 医院通过以下方式广泛宣传该政策下的财政援助:  | 6 |
| VIII. 其他条款:  | 7 |
| a. Medicare Bad Debt (医疗保险呆账):   | 7 |
| b. 个案评估:   | 7 |
| IX. 委员会审批  | 7 |

## Hallmark 医疗财政援助政策

### I. 目的

Hallmark 医疗，在该政策中一般被称为“医院”，致力于为社区提供优质的医疗服务。医院为所有病人提供医疗必需服务，无论他们的支付能力如何。医院在提供服务时不会因为种族、肤色、国籍、公民身份、外国人身份、宗教、信仰、性别、性取向、性别认同、年龄、残疾、药物滥用、社会-经济地位、保险缺失或外表而产生歧视。为了提供这样优质的服务以及支持社区的需要，Hallmark 医疗必须维持一个切实可行的财务基础，包括其应收款项的及时收取。

Hallmark 医疗认识到有些病人的财力有限，而且可能没有办法获得所有的保险服务。制定该政策，以通知无保险或保险不足且财力有限的病人关于医院的各种可能会对他们有用的财政援助计划的信息。

有能力付费的病人需要为 Hallmark 医疗所提供的服务付费。该政策假定有能力负担得起保险的病人会申请并维持他们的保险范围。Hallmark 医疗的财政援助计划的目的是为没有医疗保险，无论是公共来源（例如 Medicare：医疗保险或 Medicaid：医疗补助）还是私人来源（如 Blue Cross Blue Shield：蓝十字蓝盾、Harvard Pilgrim：哈佛朝圣者等），且财务需要未被满足的病人服务。如果符合适用标准，由于收入有限或医疗账单在其收入中占有过多比重导致的有确切的财务需要的病人可以获得 Hallmark 医疗的折扣。

### II. 定义

**应急服务：**在发生医疗状况，无论是在生理还是心理上，表现出包括激痛在内的足够严重的症状后所提供的医疗必需服务，拥有一般水平的健康和医学知识的人都能合理预料到缺乏及时的医疗护理的话会导致这个人或另一个人的健康陷入非常危险的境地，严重损害身体功能或者任何身体器官或部分的功能失调，关于孕妇，在 42U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B)中有进一步的明确说明。医疗筛检检查和对紧急医疗状况的任何稳定化处理都能有资格被定义为应急服务，包括但不限于住院医疗护理或任何其他在《紧急医疗处理及劳工法案》（EMTALA）（42 U.S.C. § 1395(dd)）要求下提供的这样的服务。

**紧急服务：**在发生突发的医疗状况，无论是在生理还是心理上，表现出包括激痛在内的足够严重的急性症状后所提供的医疗必需服务，明智的外行人都会相信如果没有在 24 小时内就医，那么完全可以合理地预料到这会导致病人的健康陷入非常危险的境地，损害身体功能或者任何身体器官或部分的功能失调。紧急服务是在对个体健康没有造成高风险的严重损害，并且没有造成生命威胁的情况下提供的。

**医疗必需的非应急、非紧急服务：**不符合应急或紧急服务的定义但确实是医疗必需的服务。病人通常，但并非绝对，会提前安排这些服务。

**非医疗必需服务：**不会影响健康的质量或者不要求提供应急或紧急护理的手术、测试，或服务。

### III. 总则

#### a. 参与实体

该政策适用于由医院在附录 A-Hallmark 医疗地点，参与实体中的所列地点提供或收费的服务。该政策不适用于由在附录 B-Hallmark 医疗提供者成员名单，非参与实体中所列的实体提供或收费的服务，即使这些服务可能是在附录 A 中所列的医院地点提供的。

#### b. Hallmark 医疗把无保险和保险不足的病人定义为：

1. 没有医疗保险（“无保险”）的病人；
2. 唯一的“保险”是 Massachusetts Health Safety Net（马萨诸塞州健康安全网）的病人；

## Hallmark 医疗财政援助政策

3. 因已“用尽”其保险计划中的福利而产生欠款的病人；或者
4. 因“非覆盖”服务产生欠款的病人，保险决定由病人完全负责与被排除服务相关的费用。这包括保险人因保险人的网络限制而拒绝的保险范围内的服务。

### c. 病人的责任：

- i. 根据这一政策，为了有资格获得医院的援助，病人要承担很多责任，包括：
  1. 获得和维持保险范围的义务，如果他们可以获得负担得起的保险项目；
  2. 申请任何他们可能有资格参与的政府资助的保险计划的义务；
  3. 及时提交要求的收入、资产、身份、和居住地的所有文件的义务，这些文件是加入州立保险项目和/或完成 Hallmark 医疗的财政援助申请所必须提供的。
  4. 保持医院了解当前的人口和保险信息的义务；和
  5. 依照商定的时限支付所有余额的义务。

### d. Hallmark 医疗财政援助和咨询：

- i. 保险协调员主动审查已排程接受服务的，可识别的无保险或保险不足的病人，并与病人和 Hallmark 医疗财务顾问协调以安排会面时间，讨论财政援助方案。
- ii. Hallmark 医疗部门推荐病人去咨询财务顾问。
- iii. 财务顾问筛选出符合公共和/或私人保险项目条件的病人。
  1. Hallmark 医疗筛选出符合州立项目和联邦计划条件的病人。为了有资格享受该政策下的折扣，病人可能会被要求申请多种州立和联邦计划，包括但不限于 MassHealth：麻州健保和/或 Medicare：医疗保险。
  2. 如果病人符合公共资格准则，在可能的情况下，财务顾问会在申请过程中给出建议并帮助病人申请。
  3. 如果病人不符合公共资格准则（即，基于他们的联邦贫困水平“FPL”，移民身份等等），被任何可用的公共计划拒绝，或者如果公共计划没能完全支付病人的费用，那么财务顾问会建议私人保险方案并筛选有资格参与 Hallmark 医疗的财政援助折扣计划（下面的 IV 部分）的病人。

## IV. Hallmark 医疗的病人折扣计划

### a. Hallmark 医疗提供下列病人折扣计划：

- i. 低收入病人折扣，达到 Hallmark 医疗 FPL 门槛（IV(g)部分）。
- ii. 医疗困难折扣，达到 Hallmark 医疗门槛（IV(h)部分）。
- iii. 无保险和保险不足折扣（IV(i)部分）。

如果病人的责任符合 Hallmark 医疗在附录 C - Hallmark 医疗的财政援助折扣金额中确定的门槛，那么这些计划下的折扣可能会被授予所有的欠款，不包括病人的共同支付费用、免赔额和联合保险。如果病人有资格参与多个折扣计划，则将被给予折扣力度最大的计划。

折扣不会以病人或他/她的家人可能与任何医院雇员或管理机构的成员之间的关系为基础。不会基于临床医生或他/她的家人的任何“职场礼貌”的考虑而提供折扣。折扣不会被提供给病人来诱导病人接受服务或者以任何方式与由联邦医疗卫生计划支付的业务的生成相关联，也不会被兑换成现金来支付由医院，或任何其他 Hallmark 医疗实体（这包括礼品店、餐厅等等的折扣）提供的物品或服务。

## Hallmark 医疗财政援助政策

### b. 申请和筛选过程:

- i. 病人必须提交一份完整的 Hallmark 医疗财政援助申请（附录 D）和必要的证明文件以便获得援助。必要的文件可能包括，但不限于下列证明：（1）家庭年收入（工资存根、社会保险付款记录、和雇主证明信、纳税申报单、或者银行对账单），（2）公民资格和身份，（3）非公民的移民身份（如适用），（4）那些 65 岁及以上的个人的资产，和（5）保险信息，包括福利覆盖范围和网络限制。所有的支持性文件必须在首次递交申请之日起 30 天内提交，以便医院考虑该申请。
- ii. 可能会为未成年人和受虐者将机密申请提交给医院。此类人士应该联系财务顾问。
- iii. Hallmark 医疗在针对病人的财政援助申请作出决定时不会考虑对 Hallmark 医疗的财政援助资格的优先确定。
- iv. Hallmark 医疗保留每六个月重新核实是否有资格享受折扣的权利。

### c. 批准保险范围:

- i. 医院将以书面形式通知病人 Hallmark 医疗的计划资格审定。参见附录 E-Hallmark 医疗计划资格审定通知。
- ii. 如果没有及时收到所有的支持性文件，医院保留拒绝申请的权利。
- iii. 如果申请人给医院提供新信息，关于计划资格审定的申诉可能会被重新考虑。

### d. 病人收入限制:

- i. 对于美国居民，针对在 IV(g)部分和 IV(h)部分所阐述的折扣，最近发布的家庭总收入的 FPL 将是最主要的决定性因素。
- ii. 符合该政策 III(c)部分的要求但是没有达到 FPL 资格标准的美国居民与非美国居民可能有权享受在下方的 IV(i)部分阐述的无保险和保险不足的折扣。
- iii. 所有符合该政策 III(c)部分的要求的病人都可能有资格享受下方 IV(h)部分所概述的 Hallmark 医疗的医疗困难折扣。

### e. 适宜的服务:

- i. 该政策一般仅限于由 Hallmark 医疗提供和收费的医疗必需服务，包括：
  1. 应急服务:
  2. 紧急服务; 和
  3. 非应急、非紧急服务。

### f. 除外条款:

- i. Hallmark 医疗不为非医疗必需的服务提供财政援助，这样的服务由治疗的临床医生确定。不具备获得医院财政援助资格的服务的例子包括但不限于：非医疗服务（例如社会的、教育的、或者职业的、整容手术、研究或其他）。哪些服务被视为符合该政策的目的的决定权只属于医院。
- ii. 如果病人预期有护理需求并且病人在其服务区提供服务时仍从服务区外来到 Hallmark 医疗获取护理，Hallmark 医疗一般不为非应急、非紧急服务给病人提供折扣。
- iii. 在该政策下，病人的共同支付费用、免赔额、和联合保险被排除保险项目之外。

### g. Hallmark 医疗的低收入病人折扣:

- i. 对于美国居民，最近发布的家庭总收入的 FPL 将是最主要的决定性因素。仅基于收入的折扣一般只提供给家庭收入低于 FPL 的 301%的病人。

## Hallmark 医疗财政援助政策

- ii. 达到这个门槛的病人会被提供一个与在下面 IV(i)部分中概述的一般收费金额 (AGB) 相同或更高的折扣。
- iii. 决定这个折扣是 Hallmark 医疗的职责。
- iv. 如欲了解额外的细节, 请参见附录 C 和附录 D。

### h. Hallmark 医疗的医疗困难折扣:

- i. 不满足 Hallmark 医疗低收入病人折扣所要求必须达到的 FPL 门槛的病人依然可能有资格享受折扣, 如果他们能够证明自己的医疗费用超过他们家庭收入的 20%。费用必须是在前 12 个月内产生的并且限于那些可能符合国内收入属条例中的医疗费用条件的费用。
- ii. 决定这个折扣是 Hallmark 医疗的职责。
- iii. 如欲了解额外的细节, 请参见附录 C 和附录 D。

### i. Hallmark 医疗的无保险和保险不足的病人折扣政策:

- i. Hallmark 医疗会给所有收入水平的病人提供折扣, 不考虑病人的居住地, 只要他们满足上面 III(b)部分列出的“无保险和保险不足的病人”的条件, 履行上面 III(c)部分的病人职责, 并完成 Hallmark 医疗的财政援助申请。
- ii. 如果在初始账单发出的 30 天内收到付款, 或者同意支付计划, 所有符合该政策的条件的无保险或者保险不足的病人都有资格在适宜的服务上享有高达 40% 的折扣。
  1. 对于非应急、非紧急服务, 在提供服务前, 必须全额支付, 或者同意支付计划。如果实际费用超出预算, 病人必须在初始账单发出的 30 天内付清任何额外的欠款。
    - a. 如果没有及时支付额外的费用, 整个折扣协议可能会被撤销并且病人会被收取全额费用。
  2. 对于应急或紧急服务, 在初始账单发出的 30 天内, 必须付款、或者同意支付计划。
- iii. 在根据该政策评估是否给予折扣时, Hallmark 医疗可能会考虑病人目前是否处于未付余额的状态。

### j. 计算向病人收取费用的金额的基础:

- i. 在确定病人是否有资格获得上述 IV(g)部分或 IV(h)部分中陈述的折扣计划之后, 医院在适宜的服务方面向病人收取的费用不会超过一般收费金额 (“AGB”)。
- ii. Hallmark 医疗决定 AGB 是通过首先把前一个财政年度总计的所有的商业和 Medicare (医疗保险) 医疗服务费 (FFS) 和 Medicare Managed Care (医疗保险管理式医疗) 计划的总支付额除以总费用以确定前一个财政年度的分期偿还因素 (PAF)。这通常是在十月进行, 这时候的健康计划中的数据最精确。最低的 Hallmark 医疗低收入病人折扣等于前财政年度的 PAF 在 100% 中的剩余额, 也就是 AGB。
- iii. 举个例子, AGB 计算:
  1. 商业, Medicare (医疗保险) FFS, 和 Medicare Managed Care (医疗保险管理式医疗) 计划的总支付额: \$150
  2. 商业, Medicare (医疗保险) FFS, 和 Medicare Managed Care (医疗保险管理式医疗) 计划的总费用: \$350
  3. PAF: 42.28%
  4. Hallmark 医疗的低收入病人 AGB 折扣: 57.72%
- iv. Hallmark 医疗低收入病人最低折扣, 也就是 AGB, 自 2016 年 10 月 1 日起, 57.72% 是有效的。这是由商业, Medicare (医疗保险) FFS, 和 Medicare Managed Care (医疗保险管理式医疗) 计划在 2015 年 10 月 1 日-2016 年 9 月 30 日期间的费用数据所决定的。

## V. 支付计划

会根据要求将针对适宜的服务的免息支付计划提供给所有满足上述 III(c)部分中的标准的病人。支付计划

## Hallmark 医疗财政援助政策

的最终验收以对病人的状况和支付历史进行的全面审查为准。Hallmark 医疗会处理所有病人的支付计划。支付计划由外部供应商监控。如果已商定支付计划，那么病人就需要完全配合。如果病人连续两次错过支付，支付计划就会终止并且医院可能根据医院的信贷和收款政策（在<https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html> 获取）中阐述的程序和保护措施将账户计为呆账。在接到病人的财政状况变更的通知后，医院可重新评估病人拖欠款项的义务。

- a. 已被确定是低收入病人或者符合 Massachusetts Health Safety Net（马萨诸塞州健康安全网）计划中医疗困难的条件的病人不需要在医院提供支付计划前满足 III(c)部分中阐述的标准。对于欠款为 1000 美元或更少的，HSN 低收入或者医疗困难的病人，这样的支付计划应当是至少持续一年，每月最低付款额不超过 25 美元的免息计划。对于欠款为 1000 美元或更多的，HSN 低收入或者医疗困难的病人，这样的支付计划应当是至少持续两年的免息计划。

## VI. 不支付

医院保有一个单独的信贷和收款政策，指出了在不付款的情况下医院可能会采取的行动，并包括在州法律保护下可免于任何收款行动的病人清单。在参与该政策下任何的特别收款行动之前，医院将通过以书面形式通知病人可用的援助计划，并帮助这些人完成 Hallmark 医疗的财政援助申请，来作出合理的努力，使病人符合获得该政策下的财政援助的条件。医院单独的信贷和收款政策已在医院的网站上向公众开放：<https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>。

## VII. FAP 的出版和传播

- a. 与提供财务咨询和财政援助的 Hallmark 医疗的财务顾问有关的信息和与财政援助政策有关的信息可在网上找到：<https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing.html>
  - i. 为了通过电话预约财务顾问，您可以拨打 781-338-7111。
  - ii. Hallmark 医疗的财务顾问位于以下 Hallmark 医疗地点：
    1. 梅尔罗斯-威克菲尔德医院，一楼 Porter 街入口旁，Lebanon 街 585 号，梅尔罗斯，马萨诸塞州 02176。
    2. 劳伦斯纪念医院，急诊科旁，Governors 大道 170 号，梅德福，马萨诸塞州 02155。
- b. 网上发布
  - i. 除了可以通过 Hallmark 医疗财务顾问获取，Hallmark 医疗财政援助政策、申请表、和平白总结都可以在下列网站中获取：<https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>
    1. 也可以通过选择病人/访问者→财务咨询和收费→财政援助政策，从 Hallmark 医疗的主页（<https://www.hallmarkhealth.org/>）进入本网站。
    2. 该网站包括病人可以向医院申请援助的方式，包括财务顾问的位置和主要电话号码的列表，以便安排与财务顾问的会面。这个网站让病人知道申请表和财政援助是免费的。
- c. 医院通过以下方式广泛宣传该政策下的财政援助：
  - i. 大型、醒目的标志（8” X14”）被安放在入口处和其他访问量高的区域，包括急诊科、财政协调和客户服务。

## Hallmark 医疗财政援助政策

- ii. 宣传 Hallmark 医疗财政援助方案的平白手册陈列于急诊科和入院处。
- iii. 作为入院和出院过程的一部分，病人可以获取 FAP 的平白总结。
- iv. 亲自、或通过邮寄要求获取副本，或任何有具体问题的病人都可获得医院的 FAP 政策、申请、和平白总结的副本。
- v. 所有材料，包括政策、申请表、和平白总结都有多种语言版本：英语、汉语、西班牙语、越南语、葡萄牙语、俄语、希腊语、印地语、意大利语、克里奥尔语、和阿拉伯语。
- vi. 医院社区计划的工作人员都接受有关 FAP 的教育培训并且按照指示告知及通知他们的社区成员 Hallmark 医疗提供财政援助。

### VIII. 其他条款：

#### a. Medicare Bad Debt（医疗保险呆账）：

- i. 如果因 Medicare（医疗保险）所覆盖的服务的联合保险或免赔额而产生欠款，Medicare Bad Debt（医疗保险呆账）是适用的，在验证病人的贫困状况时也会考虑本政策，以便确定 Medicare Bad Debt（医疗保险呆账）的所欠款项。决定性因素将是病人报告的资产水平的当前收入。为了符合条件，病人的收入必须低于 FPL 的 201% 并且第一家庭成员的资产必须少于 \$10,000，每增加一名额外的家庭成员允许额外增加 \$3,000。资产确定将永远不会包括主要居所或主要汽车。病人完成的 Hallmark 医疗财务援助申请将证明病人无力使用资产支付其拖欠款项。

#### b. 个案评估：

- i. 鼓励病人让（Financial Counselors）财务顾问或者（Patient Accounts）病人账户关注他们独特的财务状况。因其意识到财务困难的特殊情况，Hallmark 医疗在研究个案的基础上可能会超出本政策中的规定，扩大折扣。
- ii. 现有的超越该政策的折扣在获得公司 CFO 的批准后才能被应用。

### IX. 委员会审批

Hallmark 医疗 FAP 由 Hallmark 医疗理事委员会于 2017 年 7 月 27 日批准通过。



## 附录 A – Hallmark 医疗地点，参与实体

这项财政援助政策适用于 Hallmark 医疗在以下地点提供和收费的服务：

1. 梅尔罗斯-威克菲尔德医院区，Lebanon 街 585 号，梅尔罗斯，马萨诸塞州 02176。
2. 劳伦斯纪念医院区，Governors 大道 170 号，梅德福，马萨诸塞州 02155。
  - a. 劳伦斯纪念医院急诊中心，Governors 大道 170 号，梅德福，马萨诸塞州 02155。
3. Hallmark 医疗体系血液学和肿瘤学中心，Montvale 大道 41 号, 3 楼、4 楼、和 5 楼，史东罕，马萨诸塞州 02180。
4. 位于 Main 街 101 号的 Hallmark 医疗，Main 街 101 号，梅德福，马萨诸塞州 02155。
  - a. 劳伦斯纪念医院康复服务，105 和 106 房间。
  - b. 社区咨询服务，112 房间。
  - c. 劳伦斯纪念医院医疗服务，113、114、和 116 房间。
  - d. 家庭医疗协会，213、214、和 215 房间。
5. 社区咨询中心，莫尔登家庭医疗中心, Savin 街 178 号，2 楼，莫尔登，马萨诸塞州 02148。
6. 医疗影像妇女医疗影像中心，Main 街 830 号，3 楼，梅尔罗斯，马萨诸塞州 02176。
7. 放射肿瘤学化学中心和 MRI（核磁共振），Montvale 大道 48 号，史东罕，马萨诸塞州 02180。
8. Hallmark 医疗门诊诊断测试和康复中心，Newcrossing 路 30 号，雷丁，马萨诸塞州 01867。
  - a. 雷丁急诊中心，Newcrossing 路 30 号，雷丁，马萨诸塞州 01867。
9. 梅尔罗斯-威克菲尔德医院康复服务，Corey 街 22 号，梅尔罗斯，马萨诸塞州 02176。

## 附录 B: Hallmark 医疗提供者成员名单, 非参与实体

这些提供者和提供者团体中的每一个都在医院地点提供服务, 但是, Hallmark 医疗财政援助政策 (“FAP”) 不涵盖他们的账单和费用。Hallmark 医疗 FAP 不包括由以下与 Hallmark 医疗相关的实体提供和收费的服务:

1. Hallmark 医疗的医生组织, Hallmark 医疗的医疗协会。
2. Hallmark 病理学, P.C.
3. Hallmark 影像协会, P.C.
4. FAP 没有涵盖的病人可以来看提供者的科室是: 心脏科、内分泌科、肠胃科、放射科/血液科/肿瘤科、传染病科、内科、妇产科护理、肾脏科、足科、肺科、风湿病科、睡眠医学科、外科、泌尿科、创伤护理科。
5. Melrose-Wakefield Emergency Physicians, Inc. (梅尔罗斯-威克菲尔德急诊医生公司)
  - a. Hallmark 医疗急诊科的医生位于劳伦斯纪念医院 (Governors 大道 170 号, 梅德福, 马萨诸塞州 02155) 和梅尔罗斯-威克菲尔德医院 (Lebanon 街 585 号, 梅尔罗斯, 马萨诸塞州 02176)。
  - b. Hallmark 医疗体系急诊中心的医生位于 Governors 大道 170 号, 梅德福, 马萨诸塞州 02155 和 Newcrossing 路 30 号, 雷丁, 马萨诸塞州 01867。
6. Hospital Medicine Associates (医院医学协会) (Team Health: 团队医疗)。
  - a. Hallmark 医疗住院医师位于劳伦斯纪念医院 (Governors 大道 170 号, 梅德福, 马萨诸塞州 02155) 和梅尔罗斯-威克菲尔德医院 (Lebanon 街 585 号, 梅尔罗斯, 马萨诸塞州 02176)。
7. Metropolitan Anesthesia。
8. Mystic Cardiology Associates, Inc. (密斯蒂克心脏病学协会公司), 包括 Conway 医生、Pladzewicz 医生和 Samenuk 医生。
9. Mystic Medical Group (密斯蒂克医疗团体), 包括 Weinstein 医生。
10. UMS New England Lithotripsy。
11. Middlesex Cardiology Associates, Inc. (米德尔塞克斯心脏病学协会公司)。
12. Tufts Medical Center Physicians Organization, Inc. (塔芙茨医疗中心医生组织公司) (f/k/a New England Health Care Foundation, Inc.: 英格兰医疗保健基金会公司)
13. Eliot。
14. Pediatrix。
15. Regional Home Care。

所有与 Hallmark 医疗有关的医生和医生组织, 包括上述的提供者都被建议, 但并非必须, 遵循 Hallmark 医疗财政援助政策。

附录 C: Hallmark 医疗的财政援助折扣金额

| 家庭规模   | 100%FPL  | 不超过 150% FPL | 不超过 300% FPL | 大于 301 % FPL |
|--------|----------|--------------|--------------|--------------|
| 1      | \$12,060 | \$18,090     | \$36,180     | \$36,181     |
| 2      | \$16,240 | \$24,360     | \$48,720     | \$48,721     |
| 3      | \$20,420 | \$30,630     | \$61,260     | \$61,261     |
| 4      | \$24,600 | \$36,900     | \$73,800     | \$73,801     |
| 5      | \$28,780 | \$43,170     | \$86,340     | \$86,341     |
| 6      | \$32,960 | \$49,440     | \$98,880     | \$98,881     |
| 7      | \$37,140 | \$55,710     | \$111,420    | \$111,421    |
| 8      | \$41,320 | \$61,980     | \$123,960    | \$123,961    |
| 每人 > 8 | \$4,180  | \$6,270      | \$12,540     | \$12,541     |

  

|        |      |     |     |
|--------|------|-----|-----|
| 折扣     | 100% | 58% | 40% |
| 预期病人付款 | 0%   | 42% | 60% |

FPL 被定义为联邦贫困水平，于 2017 年 1 月发布，由联邦纪事定义



Melrose-Wakefield Hospital  
Lawrence Memorial Hospital of Medford

## 财政援助申请

Hallmark 医疗以为每一位病人提供最好的医疗服务为豪。Hallmark 医疗通过财政援助政策给不能为紧急情况或医疗必需护理付费的病人提供财政援助。Hallmark 医疗财政援助无意涵盖与非应急、非紧急相关的护理。也不打算为保险共同支付费用、联合保险、或者免赔额提供折扣。

有能力付费的病人需要为在 Hallmark 医疗所接受的服务付费。但是，您有资格获得财政援助。在申请 Hallmark 医疗财政援助计划前，强烈建议病人申请任何可获得的政府援助计划，比如 **MassHealth**：麻州健保、或者 **Health Safety Net**：健康安全网。未能申请您有资格获得的政府援助计划可能会导致您的申请被推迟或拒绝。如果您在申请政府援助计划时需要帮助，我们 Hallmark 医疗的财务顾问中的工作人员可以提供帮助。

您获得财政援助计划的资格取决您是否完整并准确地完成该财政援助计划申请。

### 申请指南

请完整填写财政援助申请并包括所有申请人的下列文件的副本。未能在 30 天内送还所有必要文件将导致申请被拒绝。请附上任何递交文件的副本，因为很遗憾，提交的文件将不会被归还。

- 完成申请中的所有适用部分并确保在第 4 页的宣誓书声明中签名。
- 包括您的驾照、其他带照片的身份证明、或证明您现居地的文件的复印件。提交的任何东西都必须包括您的姓名和现住址。
- 包括您的保险卡复印件。
- 包括某种形式的收入证明：
  - 包括您最新的 W2 或者工资单（如果每周支付就是 4 个，如果每两周支付一次就是 2 个）的复印件
  - 如果最近的收入出现变化，包括失业报表、银行/投资报表、长期护理报表、养老金报表、和/或社会保障报表等文件。
- 如果病人死亡，请提供死亡证明和陈述财产现状的信件副本。

### 财务顾问：

如果在填写申请的过程中需要帮助，请拨打 781-338-7111 来安排与 Hallmark 医疗财务顾问的会面。财务顾问位于：梅尔罗斯-威克菲尔德医院（Lebanon 街 585 号，一楼靠近 Porter 街入口处，梅尔罗斯）或者劳伦斯纪念医院（Governors 大道 170 号，靠近急诊科，梅德福）。

### 请将您已填好的申请寄至：

Hallmark 医疗  
财务顾问  
Governors 大道 170 号  
梅德福，马萨诸塞州 02155



Melrose-Wakefield Hospital  
Lawrence Memorial Hospital of Medford

| 第一部分：关于病人   |             |
|---|-------------|
| 病人姓名：   |             |
| 病人出生日期：   | 病人 SSN： 电话： |
| 现居地址：   |             |
| 城市：   | 州： 邮编：      |
| 您是美国公民吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                          |             |
| 如果不是，您是在美国合法居住的永久居民吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否             |             |
| 申请人信息（如与上述的病人信息不同）  |             |
| 申请人是病人或者在经济上对病人负责的人。  |             |
| 申请人姓名：  |             |
| 申请人现居地址：  |             |
| 城市：   | 州： 邮编：      |
| 申请人电话：  |             |
| 关于病人的家庭   |             |
| 列出所有家庭成员，他们的出生日期以及与申请人的关系。家庭成员是指您在所得税申报表上声明的，与您有关系或作为您的家庭成员与您一整年都生活在一起的人。               |             |
| <b>家庭成员 1：</b>  |             |
| 出生日期：   | 与病人的关系：     |
| <b>家庭成员 2：</b>  |             |
| 出生日期：   | 与病人的关系：     |
| <b>家庭成员 3：</b>  |             |
| 出生日期：   | 与病人的关系：     |
| <b>家庭成员 4：</b>  |             |
| 出生日期：   | 与病人的关系：     |
| <b>家庭成员 5：</b>  |             |
| 出生日期：   | 与病人的关系：     |
| 第二部分：病人保险信息   |             |
| <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 您是否在过去六（6）个月内递交过医疗补助（Medicaid）申请？ |             |
| <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 您有待定的或者已通过的医疗补助（Medicaid）申请吗？     |             |
| <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 您的医疗补助（Medicaid）申请被拒绝了吗？          |             |
| <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 您有医疗保险吗？                          |             |
| <b>主要保险公司信息：</b>  |             |
| 保险公司名称：   |             |
| 保险公司地址：   |             |
| 保单/ID #：  | 团体 #：       |
| 用户姓名：   |             |
| 用户出生日期：   | 与用户的关系：     |
| 用户的雇主：  | 生效日期：       |
| <b>次要保险公司信息</b>   |             |
| 保险公司名称：   |             |
| 保险公司地址：   |             |
| 保单/ID #：  | 团体 #：       |
| 用户：   | 用户出生日期：     |
| 与用户的关系：   | 用户的雇主：      |
| 生效日期：   |             |

### 第三部分：每月总收入和资产

请在这一部分填写有关病人和在第 1 部分中所列出的有工作的每位家庭成员的所得收入和资产。请列出总收入，即扣除税款和扣减项目之前的收入。

|            | 病人 | 家庭成员 1 | 家庭成员 2 | 家庭成员 3 | 家庭成员 4 | 家庭成员 5 |
|------------|----|--------|--------|--------|--------|--------|
| 工资/薪水/小费   |    |        |        |        |        |        |
| 失业补偿金      |    |        |        |        |        |        |
| 社会保障       |    |        |        |        |        |        |
| 儿童抚养费+赡养费  |    |        |        |        |        |        |
| 自营收入，扣除费用后 |    |        |        |        |        |        |
| 利息/股息收入    |    |        |        |        |        |        |
| 退休金        |    |        |        |        |        |        |
| IRA/股票/债券  |    |        |        |        |        |        |
| 租金收入       |    |        |        |        |        |        |
| 信托报酬       |    |        |        |        |        |        |
| 工伤赔偿       |    |        |        |        |        |        |
| 退役年金       |    |        |        |        |        |        |

### 缺乏收入声明

是  否 如果家庭收入为零，有人支持您吗？

如果您在上面回答是，并且您在经济方面得到另一个人的支持，请让他们填写并签署以下声明。

病人姓名：\_\_\_\_\_，目前没有收入。我目前正在支持他们获得需要的食物、住所、和任何衣物。我给他们提供经济上的援助，平均每个月给他们\$\_\_\_\_\_。

支持给予者签名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

### 家庭资产

在下面列出任何支票或储蓄账户。

| 账户类型 | 银行机构 | 余额为_____ |
|------|------|----------|
|      |      |          |
|      |      |          |
|      |      |          |
|      |      |          |

### 其它家庭可计算财产

列出下列您有的任何一种账户类型的信息。

| 账户类型       | 银行机构 | 余额为_____ |
|------------|------|----------|
| 股票/债券      |      |          |
| 存款证明       |      |          |
| 美国储蓄债券     |      |          |
| 医疗储蓄账户     |      |          |
| 储蓄存单       |      |          |
| 圣诞节或假期购物储蓄 |      |          |
| 其他         |      |          |

#### 第四部分：医疗困难

这一部分可能不适用于您。如果您有数额巨大的医疗账单，请填写这一部分。列出所有来自 Hallmark 医疗和其他提供者的医疗保健费用。可能会要求提供证明文件，但本次暂不需要。

| 提供者名称 | 总医疗费用 | 多久结算一次费用？                   |                             |                             |
|-------|-------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
|       |       | <input type="checkbox"/> 每周 | <input type="checkbox"/> 每月 | <input type="checkbox"/> 每年 |
|       |       | <input type="checkbox"/> 每周 | <input type="checkbox"/> 每月 | <input type="checkbox"/> 每年 |
|       |       | <input type="checkbox"/> 每周 | <input type="checkbox"/> 每月 | <input type="checkbox"/> 每年 |
|       |       | <input type="checkbox"/> 每周 | <input type="checkbox"/> 每月 | <input type="checkbox"/> 每年 |
|       |       | <input type="checkbox"/> 每周 | <input type="checkbox"/> 每月 | <input type="checkbox"/> 每年 |
|       |       | <input type="checkbox"/> 每周 | <input type="checkbox"/> 每月 | <input type="checkbox"/> 每年 |

#### 第五部分：宣誓书 - 所有申请人必须签署

为了其申请能予以考虑，所有申请人都**必须**签署下面的宣誓书。

本人宣誓并肯定这张表格上涉及的所有信息都是，尽我最大的能力，知识和信念后所填写的真实的、正确的、和完整的信息。本人同意向 Hallmark 医疗报告可能会影响本人获得 Hallmark 医疗财政援助资格的收入、经济来源或者这张表格所涉及的其他信息的任何及所有的变化。本人了解我的信用和其他财务信息可能被用作核实本人的陈述及参加计划的资格的参考。本人了解，为了获取折扣，自己已有三十（30）天的时间来提交准确且必要的支持性文件。

病人为了获得财政援助而做出的虚假报告会被转交给马萨诸塞州总检察长办公室。伪造计划申请的病人将不再具备参加计划的资格并且将对自参加计划第一天起在本计划下所产生的费用负责。

申请人签名：

日期：

#### 宣誓书 - 只在申请人的配偶申请的情况下才适用

如果申请人的配偶也在申请财政援助，为了其申请能予以考虑，申请人的配偶**必须**签署下面的宣誓书。

本人宣誓并肯定这张表格上涉及的所有信息都是，尽我最大的能力，知识和信念后所填写的真实的、正确的、和完整的信息。本人同意向 Hallmark 医疗报告可能会影响本人获得 Hallmark 医疗财政援助资格的收入、经济来源或者这张表格所涉及的其他信息的任何及所有的变化。本人了解我的信用和其他财务信息可能被用作核实本人的陈述及参加计划的资格的参考。本人了解，为了获取折扣，自己已有三十（30）天的时间来提交准确且必要的支持性文件。

病人为了获得财政援助而做出的虚假报告会被转交给马萨诸塞州总检察长办公室。伪造计划申请的病人将不再具备参加计划的资格并且将对自参加计划第一天起在本计划下所产生的费用负责。

申请人的配偶签名：

日期：

附录 E



年月日

[批准信 - 部分折扣]

年月日

姓名  
地址  
市，州，邮编

病人账号：

亲爱的       ：

感谢您申请 Hallmark 医疗财政援助计划（“计划”）下的账单援助。我们已经审阅了您的申请和支持性文件并决定，基于您的收入，您有资格享受在本计划下的减费服务。

我们已确定您的收入是\_\_\_\_\_，您的家庭规模是\_\_\_\_\_，这使得您有资格享受部分折扣，仅需支付我们的常规费用的\_\_\_\_\_。\_\_\_\_\_在\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_获得的服务的\_\_\_\_\_的账单被减至\_\_\_\_\_。我们会与您联系，协助您安排支付账单的未付余额，并根据要求寄给您详细的帐单。请注意本计划下的折扣不适用于任何共同支付费用、联合保险、或免赔额，这些依然是您的责任。

本次批准的有效期为六（6）个月。如果您不同意此项决定并认为您有资格进一步减免自己的费用，请联系下方列出的财务顾问。

谨上，

姓名  
头衔，电话

原稿 2017 年 7 月





Melrose-Wakefield Hospital  
Lawrence Memorial Hospital of Medford

[批准信 - 100%折扣]

年月日

姓名  
地址  
市，州，邮编

病人账号：

亲爱的       ：

感谢您申请 Hallmark 医疗财政援助计划（“计划”）下的账单援助。我们已经审阅了您的申请和支持性文件并决定，基于您的收入，您有资格享受本计划下的免费服务。因此，我们正在注销\_\_\_\_\_在\_\_/\_\_/\_\_\_\_接受的服务的\_\_\_\_\_的账单。您不应该再因为这些服务收到来自我们的账单。

本次批准的有效期为六（6）个月。如果您有任何问题，请联系下方列出的财务顾问。

谨上，

姓名  
头衔，电话



Melrose-Wakefield Hospital  
Lawrence Memorial Hospital of Medford

[再决定信 - 部分折扣到 100%的折扣]

年月日

姓名  
地址  
市，州，邮编

病人账号：

亲爱的：

我们写信给您，就于\_\_/\_\_/\_\_做出的原始决定，您仅有资格获得 **Hallmark** 医疗财政援助计划（“计划”）下的减免费用服务，提供跟进信息。根据您的要求，我们重新考虑了我们对您的申请的原始决定并决定，基于您的收入，您有资格享受本计划下的免费服务。因此，我们正在注销\_\_\_\_\_在\_\_/\_\_/\_\_接受的服务的\_\_\_\_\_的账单。您不应该再因为这些服务收到来自我们的账单。本次批准的有效期为六（6）个月。如果您有任何问题，请联系下方列出的财务顾问。

谨上，

姓名  
头衔，电话



Melrose-Wakefield Hospital  
Lawrence Memorial Hospital of Medford

[再决定信 - 先前不具备资格到 100%的折扣]

年月日

姓名  
地址  
市，州，邮编

病人账号：

亲爱的：

我们写信给您，就于\_\_/\_\_/\_\_\_\_做出的原始决定，您没有资格获得 **Hallmark** 医疗财政援助计划（“计划”）下的财政援助，提供跟进信息。根据您的要求，我们重新考虑了我们对您的申请的原始决定并决定，基于您的收入，您有资格享受本计划下的免费服务。因此，我们正在注销\_\_\_\_在\_\_/\_\_/\_\_\_\_接受的服务的\_\_\_\_的账单。您不应该再因为这些服务收到来自我们的账单。本次批准的有效期为六（6）个月。如果您有任何问题，请联系下方列出的财务顾问。

谨上，

姓名  
头衔，电话

[再决定信 - 不具备资格到部分折扣]

年月日

姓名  
地址  
市，州，邮编

病人账号：

亲爱的：

我们写信给您，就于\_\_/\_\_/\_\_\_\_做出的原始决定，您没有资格获得 Hallmark 医疗财政援助计划（“计划”）下的财政援助，提供跟进信息。根据您的要求，我们重新考虑了我们的原始决定并决定，基于您的收入，您有资格享受本计划下的减费服务。

我们已确定您的收入是\_\_\_\_\_，您的家庭规模是\_\_\_\_\_，这使得您有资格享受部分折扣，仅需支付我们的常规费用的\_\_\_\_\_。\_\_\_\_\_在\_\_/\_\_/\_\_\_\_获得的服务的\_\_\_\_\_的账单被减至\_\_\_\_\_。我们会与您联系，协助您安排支付账单的未付余额，并根据要求寄给您详细的帐单。请注意本计划下的折扣不适用于任何共同支付费用、联合保险、或免赔额，这些依然是您的责任。

本次批准的有效期为六（6）个月。如果您不同意此项决定并认为您有资格进一步减免自己的费用，请联系下方列出的财务顾问。

谨上，

姓名  
头衔，电话

原稿 2017 年 7 月

[再决定信 - 维持原始决定- 部分折扣]

年月日

姓名  
地址  
市，州，邮编

病人账号：

亲爱的       ：

我们写信给您，就于\_\_/\_\_/\_\_\_\_做出的原始决定，您仅有资格获得 Hallmark 医疗财政援助计划（“计划”）下的减免费用服务，提供跟进信息。根据您的要求，我们重新考虑了我们对您的申请的原始决定并决定，基于您的收入，您依然只有资格享受本计划下的部分折扣。

正如我们的原决定信中所指出的，\_\_\_\_\_在\_\_/\_\_/\_\_\_\_获得的服务的\_\_\_\_\_的账单被减至\_\_\_\_\_。我们会与您联系，协助您安排支付账单的未付余额，并根据要求寄给您详细的帐单。请注意本计划下的折扣不适用于任何共同支付费用、联合保险、或免赔额，这些依然是您的责任。

本次批准的有效期为六（6）个月。如果您依然不同意本决定，请联系下方列出的财务顾问。

谨上，

姓名  
头衔，电话

原稿 2017 年 7 月

[再决定信 - 维持原始决定 - 不具备资格]

年月日

姓名  
地址  
市，州，邮编

病人账号：

亲爱的       ：

我们写信给您，就于\_\_/\_\_/\_\_\_\_做出的原始决定，您没有资格获得 Hallmark 医疗财政援助计划（“计划”）下的援助服务，提供跟进信息。根据您的要求，我们重新考虑了我们对您的申请的原始决定并决定，基于您的收入，您不具备享受本计划下的援助的资格。

如果您依然不同意本决定或者想要讨论支付安排方案，请联系下方列出的财务顾问。

谨上，

姓名  
头衔，电话

原稿 2017 年 7 月

[否决信 - 常规]

年月日

姓名  
地址  
市，州，邮编

病人账号：

亲爱的 \_\_\_\_\_：

感谢您申请 Hallmark 医疗财政援助计划（“计划”）下的账单援助。我们已经审阅了您的申请和支持性文件并决定，基于您的收入，您不具备享受本计划下的折扣的资格。

我们已确定您的收入是 \_\_\_\_\_，您的家庭规模是 \_\_\_\_\_，超过了 \_\_\_\_\_ 的限制。

如果您不同意本决定或者您最近的情况有了变化，我们很乐意根据您需要提供的新信息重新考虑您的申请。如果您有任何问题，请联系下方列出的财务顾问。

谨上，

姓名  
头衔，电话

原稿 2017 年 7 月

[否决信 - 不完整的申请]

年月日

姓名  
地址  
市，州，邮编

病人账号：

亲爱的 :

感谢您在\_\_/\_\_/\_\_\_\_申请 **Hallmark** 医疗财政援助计划下的账单援助。截至今日，我们还没有收到必要的支持性文件来审核您的申请，因此，我们拒绝您获取援助的申请。

一旦您收集齐了所需的支持性文件，我们建议您提出新的财政援助申请，以供我们考虑。如果您有任何问题，请联系下方列出的财务顾问。

谨上，

姓名  
头衔，电话

原稿 2017 年 7 月



[否决信- 无资格享受服务]

年月日

姓名  
地址  
市，州，邮编

病人账号：

亲爱的       ：

感谢您在\_\_/\_\_/\_\_\_\_申请 Hallmark 医疗财政援助计划（“计划”）下的账单援助。我们很遗憾地通知您，您在\_\_/\_\_/\_\_\_\_收到的服务被认为并非医疗必需服务，因此不符合获取本计划下的财政援助的条件。请及时付款，以避免额外的收款行动。

如果您不同意本决定或者有任何疑问，请联系下方列出的财务顾问。

谨上，

姓名  
头衔，电话