

**Πολιτική Οικονομικής Βοήθειας**  
**Hallmark Health System**

## Πολιτική Οικονομικής Βοήθειας της Hallmark Health

### Πίνακας Περιεχομένων

I.	Σκοπός	2
II.	Ορισμοί	2
III.	Γενικές Παροχές	3
a.	Συμμετέχοντες Φορείς	3
b.	Ανασφάλιστοι και Υπασφαλισμένοι ασθενείς της Hallmark Health ορίζονται ως:	3
c.	Υποχρεώσεις των ασθενών	3
d.	Οικονομική Βοήθεια και Συμβουλευτική Υπηρεσία της Hallmark Health:	3
IV.	Εκπρωτικό Πρόγραμμα για ασθενείς της Hallmark Health	4
a.	Η Hallmark Health προσφέρει τα εξής εκπρωτικά προγράμματα σε ασθενείς:	4
b.	Διαδικασία υποβολής αίτησης και Αξιολόγησης:	4
c.	Έγκριση για Κάλυψη:	4
d.	Όριο Εισοδήματος Ασθενούς:	5
e.	Επιλέξιμες Υπηρεσίες:	5
f.	Εξαιρέσεις:	5
g.	Έκπτωση για ασθενείς της Hallmark Health με χαμηλό εισόδημα:	5
h.	Έκπτωση Ιατρικής Δυσχέρειας της Hallmark Health:	5
i.	Πολιτική Έκπτωσης της Hallmark Health για ανασφάλιστους και υπασφαλισμένους ασθενείς:	6
j.	Όροι Υπολογισμού των Ποσών που χρεώνονται στους Ασθενείς:	6
V.	Σχέδιο Πληρωμών	6
VI.	Μη Πληρωμή	7
VII.	Δημοσίευση και Διάδοση της ΠΟΒ	7
a.	Πληροφορίες για τους Οικονομικούς Συμβούλους της Hallmark Health, οι οποίοι προσφέρουν οικονομική υποστήριξη και συμβουλές, και πληροφορίες σχετικά με την Πολιτική Οικονομικής Βοήθειας μπορείτε να βρείτε στο διαδίκτυο στη διεύθυνση <a href="https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing.html">https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing.html</a> .	7
b.	Δημοσίευση στο Διαδίκτυο	7
c.	Το Νοσοκομείο γνωστοποιεί ευρέως την διαθεσιμότητα της οικονομικής βοήθειας στο πλαίσιο της πολιτικής αυτής με τους εξής τρόπους:	7
VIII.	Άλλες Διατάξεις:	8
a.	Επισφαλές Χρέος Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης:	8
b.	Αξιολόγηση ανά Περίπτωση:	8
IX.	Έγκριση Συμβουλίου	8

### I. Σκοπός

Μέσω αυτής της πολιτικής η Hallmark Health, κοινώς ονομαζόμενη και ως «Νοσοκομείο», δεσμεύεται να παρέχει στην κοινότητα ποιοτικές υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης. Το Νοσοκομείο παρέχει ιατρικά αναγκαίες υπηρεσίες σε όλους τους ασθενείς ανεξάρτητα από την οικονομική τους δυνατότητα τους να πληρώσουν για αυτές. Το Νοσοκομείο δεν θα κάνει διακρίσεις με βάση την φυλή, χρώμα, εθνική καταγωγή, υπηκοότητα, θρησκεία, θρησκευτική πεποίθηση, φύλο, σεξουαλικό προσανατολισμό, ταυτότητας φύλου, ηλικία, ειδικές ανάγκες, χρήση ουσιών, κοινωνικοοικονομική κατάσταση, έλλειψη ασφάλειας, ή φυσική παρουσία, για να παρέχει τις υπηρεσίες στους ασθενείς. Για να μπορεί να παρέχει τέτοιες υπηρεσίες υψηλής ποιότητας και να υποστηρίζει τις ανάγκες της κοινότητάς της, η Hallmark Health πρέπει να διατηρήσει ένα βιώσιμο οικονομικό θεμέλιο που περιλαμβάνει την έγκαιρη είσπραξη-συλλογή των εισπρακτέων λογαριασμών.

Η Hallmark Health αναγνωρίζει ότι μερικοί ασθενείς έχουν περιορισμένη οικονομική δυνατότητα και μπορεί να μην έχουν πρόσβαση σε ασφαλιστική κάλυψη για όλες τις υπηρεσίες. Αυτή η πολιτική έχει δημιουργηθεί με σκοπό να ενημερώνει ασφαλισμένους και υπασφαλισμένους ασθενείς με περιορισμένους οικονομικούς πόρους για τα διάφορα προγράμματα οικονομικής βοήθειας του Νοσοκομείου, τα οποία ενδέχεται να είναι διαθέσιμα για αυτούς.

Οι ασθενείς που έχουν την οικονομική δυνατότητα θα κληθούν να πληρώσουν για όλες τις παρεχόμενες υπηρεσίες από την Hallmark Health. Αυτή η πολιτική προϋποθέτει ότι οι ασθενείς που έχουν πρόσβαση σε προσιτή ασφάλεια θα ζητήσουν και θα διατηρήσουν την ασφαλιστική τους κάλυψη. Τα προγράμματα οικονομικής βοήθειας της Hallmark Health αποσκοπούν κυρίως στην εξυπηρέτηση ασθενών που δεν έχουν ασφαλιστική κάλυψη είτε από δημόσιο (π.χ. Medicare ή Medicaid) ή ιδιωτικό (π.χ. Blue Cross Blue Shield, Harvard Pilgrim, κλπ.) φορέα και έχουν μη ικανοποιημένες οικονομικές ανάγκες. Εάν πληρούνται τα ισχύοντα κριτήρια, μπορεί να είναι διαθέσιμες οι εκπώσεις της Hallmark Health σε ασθενείς με αποδεδειγμένη οικονομική ανάγκη είτε λόγω περιορισμένου-χαμηλού εισοδήματος, είτε αν οι ιατρικοί τους λογαριασμοί αποτελούν ένα μεγάλο μέρος του εισοδήματός τους.

### II. Ορισμοί

*Υπηρεσίες Έκτακτης Ανάγκης:* Ιατρικά απαραίτητες υπηρεσίες που παρέχονται μετά από την εμφάνιση μιας σωματικής ή πνευματικής πάθησης, η οποία εκδηλώνεται με αρκετά σοβαρά συμπτώματα, περιλαμβανομένου σοβαρού πόνου, ότι η απουσία άμεσης ιατρικής παρέμβασης μπορεί να εικάζεται από έναν μη ειδικό ο οποίος κατέχει μερικές γνώσεις υγείας και ιατρικής που θα έχει ως αποτέλεσμα να θέσει σε σοβαρό κίνδυνο την υγεία του προσώπου ή άλλου προσώπου, σε σοβαρή σωματική βλάβη ή σοβαρή δυσλειτουργία οποιουδήποτε οργάνου ή μέρους του σώματος, ή όσον αφορά μια έγκυο γυναίκα, όπως περαιτέρω καθορίζεται στο άρθρο 42 U.S.C. παράγραφος § 1395dd(e)(1)(B). Μια ιατρική εξέταση αξιολόγησης και οποιαδήποτε θεραπεία σταθεροποίησης για μια επείγουσα ιατρική κατάσταση, συμπεριλαμβανομένων αλλά όχι περιορισμένων της ιατρικής περίθαλψης ή οποιαδήποτε άλλης τέτοιας υπηρεσίας που καθορίζεται στο πλαίσιο του νόμου περί Άμεσης Ιατρικής Περίθαλψης και Εργατικού δυναμικού (EMTALA) (42 U.S.C. § 1395(dd)), χαρακτηρίζονται ως υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης.

*Υπηρεσίες για Επείγοντα Περιστατικά:* Ιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται μετά από ξαφνική εμφάνιση επειγόντος, είτε σωματικού, είτε πνευματικού, που εκδηλώνονται με οξύ συμπτώματα στον ασθενή (συμπεριλαμβανομένου και σοβαρού πόνου) τα οποία ένας συνετός μη ειδικός θα θεωρούσε ότι η απουσία ιατρικής παρέμβασης εντός 24 ωρών θα είχε ως αποτέλεσμα να τεθεί σε κίνδυνο η υγεία του ασθενούς, βλάβη σωματικής λειτουργίας, ή δυσλειτουργία κάποιου οργάνου ή μέρους του σώματος. Επίσης παρέχονται ιατρικές υπηρεσίες ακόμη και για περιστατικά που δεν απειλούν τη ζωή του ατόμου και δεν δημιουργούν υψηλό κίνδυνο σοβαρής βλάβης στην υγεία του ατόμου.

*Απαραίτητες Ιατρικές Υπηρεσίες μη επείγουσας ανάγκης:* Οι υπηρεσίες που δεν ανταποκρίνονται σαν υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης ή γενικά επείγουσας κατάστασης, αλλά είναι όμως ιατρικά αναγκαίες. Σε αυτή την περίπτωση, ο ασθενής προγραμματίζεται, αλλά όχι αποκλειστικά, αυτές τις υπηρεσίες εκ των προτέρων.

*Μη Ιατρικές Αναγκαίες Υπηρεσίες:* Μια επέμβαση, εξέταση, ή υπηρεσία που δεν επηρεάζει την ποιότητα της υγείας ή χρειάζεται επείγουσα ή άμεση περίθαλψη για να αποκατασταθεί.

## Πολιτική Οικονομικής Βοήθειας της Hallmark Health

### III. Γενικές Παροχές

#### a. Συμμετέχοντες Φορείς

Αυτή η πολιτική ισχύει για υπηρεσίες που παρέχονται και χρεώνονται από το Νοσοκομείο στις εγκαταστάσεις που αναγράφονται στο Παράρτημα A-Hallmark Health Locations, Φορείς που Συμμετέχουν. Αυτή η πολιτική δεν ισχύει για

υπηρεσίες που παρέχονται και χρεώνονται από φορείς που απαριθμούνται στο Παράρτημα B- Κατάλογος Συνεργαζόμενων Παρόχων της Hallmark Health , Φορείς που δεν συμμετέχουν ακόμη και σε περίπτωση που αυτές οι υπηρεσίες μπορούν να παρασχεθούν στις εγκαταστάσεις του Νοσοκομείου που αναγράφονται στο Παράρτημα A.

#### b. Ανασφάλιστοι και Υπασφαλισμένοι Ασθενείς της Hallmark Health ορίζονται ως:

1. Ασθενείς χωρίς ασφάλεια υγείας («ανασφάλιστοι»);
2. Ασθενείς των οποίων η μόνη «ασφάλεια υγείας» είναι το Δίκτυο Ασφάλειας Υγείας της Μασαχουσέτης;
3. Ασθενείς που έχουν υπόλοιπα που προέκυψαν από «εξάντληση» των παροχών στο πλαίσιο του ασφαλιστικού τους προγράμματος, ή
4. Ασθενείς των οποίων το υπόλοιπο προκύπτει από «ακάλυπτες» υπηρεσίες όπου η ασφάλειά τους

διαπίστωσε ότι ο ασθενής είναι εξ' ολοκλήρου υπεύθυνος για τις δαπάνες που σχετίζονται με τις υπηρεσίες που εξαιρέθηκαν. Αυτό περιλαμβάνει υπηρεσίες τις οποίες ο ασφαλιστικός φορέας αρνήθηκε να καλύψει λόγω του περιορισμού δικτύου του ασφαλιστικού φορέα.

#### c. Υποχρεώσεις των Ασθενών

- i. Ο ασθενής πρέπει να εκπληρώσει κάποιες υποχρεώσεις για να πληροί τις προϋποθέσεις για βοήθεια από το Νοσοκομείο στο πλαίσιο αυτής της πολιτικής, όπως:
  1. Υποχρέωση να αποκτήσει και να διατηρήσει ασφαλιστική κάλυψη, εάν είναι διαθέσιμη κάποια προσιτή κάλυψη προσιτή για αυτόν,
  2. Υποχρέωση να υποβάλει αίτηση για οποιοδήποτε ασφαλιστικό πρόγραμμα που χρηματοδοτείται από την κυβέρνηση,
  3. Υποχρέωση να υποβάλει εγκαίρως όλα τα απαιτούμενα έγγραφα σχετικά με το εισόδημα, περιουσιακά στοιχεία, ταυτότητα, και τόπο κατοικίας που απαιτούνται για να εγγραφούν στην κρατική ασφαλιστική κάλυψη και/ή να ολοκληρώσουν τη συμπλήρωση της Αίτησης για Οικονομική Βοήθεια της Hallmark Health,
  4. Υποχρέωση να κρατά ενήμερο το Νοσοκομείο για τις τρέχουσες δημογραφικές και ασφαλιστικές πληροφορίες, και
  5. Υποχρέωση να καταβάλλει όλα τα υπόλοιπα σύμφωνα με τα συμφωνηθέντα χρονοδιαγράμματα.

#### d. Οικονομική Βοήθεια και Συμβουλευτική Υπηρεσία της Hallmark Health:

- i. Οι Ασφαλιστικοί Συντονιστές αναθεωρούν προληπτικά αυτούς που έχουν αναγνωριστεί ως ανασφάλιστοι και υπασφάλιστοι ασθενείς που έχουν προγραμματιστεί για κάποια υπηρεσία και συντονίζονται με τους ασθενείς και τους Οικονομικούς Συμβούλους της Hallmark Health για να κλείσουν ραντεβού για να συζητήσουν τις επιλογές για οικονομική βοήθεια.
- ii. Οι ασθενείς επίσης συμβουλευονται Οικονομικούς Συμβούλους των τμημάτων της Hallmark Health.
- iii. Οι Οικονομικοί Σύμβουλοι ελέγχουν διεξοδικά τους ασθενείς για το αν πληρούν τα κριτήρια για δημόσια και/ή ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη.
  1. Η Hallmark Health ελέγχει διεξοδικά τους ασθενείς για κρατικά και ομοσπονδιακά προγράμματα. Για να πληροί κάποιος τα κριτήρια για εκπτώσεις βάσει αυτής της πολιτικής, οι ασθενείς μπορεί να υποχρεωθούν να υποβάλουν αίτηση για κάποια κρατικά και ομοσπονδιακά προγράμματα, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται αλλά δεν περιορίζονται σε αυτά η MassHealth και/ή Medicare.
  2. Αν ο ασθενής ανταποκρίνεται στις δημόσιες οδηγίες σύμφωνα με τα κριτήρια επιλεξιμότητας, οι Οικονομικοί Σύμβουλοι θα τον συμβουλέψουν σχετικά με τη διαδικασία αίτησης και θα βοηθήσουν τον ασθενή με την αίτηση αν αυτό είναι εφικτό.
  3. Αν ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται στις δημόσιες οδηγίες σύμφωνα με τα κριτήρια επιλεξιμότητας (δηλαδή βάση του Ομοσπονδιακού Επιπέδου Πενίας ("FPL"), μεταναστευτικής κατάστασης, κλπ), δεν

## Πολιτική Οικονομικής Βοήθειας της Hallmark Health

του επιτραπεί η πρόσβαση σε δημόσια προγράμματα, ή αν το δημόσιο πρόγραμμα δεν καλύψει πλήρως τα έξοδα του ασθενή, οι Οικονομικοί Σύμβουλοι θα τον συμβουλέψουν για επιλογές ιδιωτικής κάλυψης και θα ελέγξουν τον ασθενή αν πληροί τα κριτήρια σύμφωνα με το Εκπρωτικό Πρόγραμμα Οικονομικής Βοήθειας της (Τμήμα IV παρακάτω).

### IV. Εκπρωτικό Πρόγραμμα για Ασθενείς της Hallmark Health

- a. Η Hallmark Health προσφέρει τα παρακάτω εκπρωτικά προγράμματα στους ασθενείς:
  - i. Έκπτωση σε ασθενείς με Χαμηλό Εισόδημα, όπως ορίζεται από τα κατώτατα όρια της Hallmark Health FPL (Τμήμα IV(g)).
  - ii. Έκπτωση για Ιατρικές Δυσχέρειες, όπως ορίζεται από τα όρια της Hallmark Health (Τμήμα IV(h)).
  - iii. Έκπτωση για Ασφαλισμένους και Υπασφαλισμένους (Τμήμα IV(i)).

Οι Εκπτώσεις σε αυτά τα προγράμματα μπορούν να χορηγηθούν σε όλα(ο) τα(ο) υπόλοιπα(ο) με ευθύνη του ασθενούς που πληροί τα καθορισμένα όρια στο Παράρτημα C – Εκπρωτικά Ποσά Οικονομικής Βοήθειας της Hallmark Health, εξαιρουμένων των συμμετοχών στις δαπάνες του ασθενούς, των ακάλυπτων ποσών, και της συνασφάλισης. Εάν οι ασθενείς πληρούν τις προϋποθέσεις για πολλαπλά εκπρωτικά προγράμματα, τότε θα δοθεί το πρόγραμμα με την μεγαλύτερη έκπτωση.

Οι Εκπτώσεις δεν θα εξαρτώνται από καμία σχέση που μπορεί να έχει ο ασθενής ή η οικογένειά του με κάποιο υπάλληλο του Νοσοκομείου ή μέλους του διοικητικού Οργάνου. Οι Εκπτώσεις δεν θα επεκταθούν με βάση οποιαδήποτε «επαγγελματική αβρότητα» για κλινικό ή την οικογένειά του/της. Οι Εκπτώσεις δεν θα χορηγηθούν στους ασθενείς για να τον παρακινήσουν να λάβει υπηρεσίες ή να συνδεθεί με οποιονδήποτε τρόπο με την παραγωγή κέρδους από ομοσπονδιακό πρόγραμμα ιατρικής περίθαλψης, ούτε θα μπορούν να εξαργυρωθούν σε μετρητά ή αντικείμενα ή υπηρεσίες που παρέχονται από το Νοσοκομείο, ή άλλο φορέα της Hallmark Health (αυτό περιλαμβάνει εκπτώσεις στο κατάστημα δώρων, καφετέρια, κλπ).

#### b. Διαδικασία Υποβολής Αίτησης και Αξιολόγησης:

- i. Οι ασθενείς πρέπει να υποβάλουν μια συμπληρωμένη αίτηση για Οικονομική Βοήθεια της Hallmark Health (Παράρτημα D) μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά για να ληφθούν υπόψιν για βοήθεια. Η απαραίτητη τεκμηρίωση μπορεί να περιλαμβάνει, αλλά δεν περιορίζεται σε αυτό, την απόδειξη: (1) Ετήσιου Εισοδήματος του νοικοκυριού( καταστάσεις μισθοδοσίας, καταστάσεις πληρωμών κοινωνικής ασφάλισης, και επιστολή από τον εργοδότη, φορολογικές δηλώσεις, ή τραπεζικοί λογαριασμοί), (2) υπηκοότητα και ταυτότητα, (3) καθεστώς-κατάσταση μετανάστευσης για μη γηγενείς (εάν ισχύει), (4) περιουσιακά στοιχεία των ατόμων που είναι άνω των 65 ετών και πάνω, και (5) ασφαλιστικές πληροφορίες, συμπεριλαμβανομένης της κάλυψης των παροχών και των περιορισμών δικτύου. Όλα τα δικαιολογητικά πρέπει να κατατεθούν εντός 30 ημερών από την αρχική υποβολή της αίτησης για να ληφθεί υπόψιν η αίτηση από την αρμόδια επιτροπή του Νοσοκομείου.
- ii. Εμπιστευτικές αιτήσεις μπορούν να υποβληθούν στο Νοσοκομείο για ανήλικα άτομα και για άτομα που δεν είναι σε θέση να την υποβάλουν έπειτα από κατάχρηση ουσιών. Τα άτομα αυτά πρέπει να επικοινωνήσουν με τους Οικονομικούς Σύμβουλους.
- iii. Η Hallmark Health δεν λαμβάνει υπόψιν της τους προηγούμενους περιορισμούς επιλεξιμότητας για την Οικονομική Βοήθεια της Hallmark Health στην απόφασή της σχετικά με οποιαδήποτε αίτηση Οικονομικής Βοήθειας του ασθενούς.
- iv. Η Hallmark Health διατηρεί-έχει το δικαίωμα να επανεξετάσει την επιλεξιμότητα για εκπτώσεις κάθε έξι μήνες.

#### c. Έγκριση για Κάλυψη:

- i. Το Νοσοκομείο θα ενημερώνει τους ασθενείς για τους περιορισμούς επιλεξιμότητας του προγράμματος της Hallmark Health. Παραπομπή Παράρτημα E- Ειδοποιήσεις Καθορισμού Επιλεξιμότητας της Hallmark Health.
- ii. Το Νοσοκομείο διατηρεί-έχει το δικαίωμα να απορρίψει αιτήσεις αν δεν ληφθούν έγκαιρα όλα τα δικαιολογητικά.
- iii. Οι Προσφυγές των Αποφάσεων Επιλεξιμότητας του προγράμματος μπορούν να επανεξεταστούν αν ένας αιτών προσκομίσει στο Νοσοκομείο νέες πληροφορίες-στοιχεία.

## Πολιτική Οικονομικής Βοήθειας της Hallmark Health

### d. Όριο Εισοδήματος Ασθενούς:

- i. Για τους κατοίκους των Ην. Πολιτειών, οι πρόσφατοι δημοσιευμένοι FPL για το συνολικό εισόδημα της οικογένειας θα χρησιμοποιηθούν ως ο κύριος καθοριστικός παράγοντας για τις εκπτώσεις που περιγράφονται στο Τμήμα IV(g) και Τμήμα IV(h).
- ii. Οι κάτοικοι που διαμένουν εκτός των Ην. Πολιτειών και οι κάτοικοι των Ην. Πολιτειών που πληρούν τις προϋποθέσεις του Τμήματος III(c) της πολιτικής αυτής αλλά δεν πληρούν τα απαιτούμενα κριτήρια FPL μπορούν να δικαιούνται την Έκπτωση για Ασφαλισμένους και Υπασφαλισμένους όπως περιγράφεται στο Τμήμα IV(i) Παρακάτω.
- iii. Όλοι οι ασθενείς που πληρούν τις προϋποθέσεις του Τμήματος III(c) αυτής της πολιτικής μπορούν να επωφεληθούν της Έκπτωσης Ιατρικής Δυσχέρειας της Hallmark Health όπως περιγράφεται στο Τμήμα IV(h) παρακάτω.

### e. Επιλέξιμες Υπηρεσίες:

- i. Αυτή η πολιτική γενικά περιορίζεται στις ιατρικά αναγκαίες υπηρεσίες που παρέχονται και τιμολογούνται από την Hallmark Health όπως:
  1. Υπηρεσίες Έκτακτης Ανάγκης:
  2. Επείγουσες Υπηρεσίες, και
  3. Μη Έκτακτες, Μη Επείγουσες Υπηρεσίες.

### f. Εξαιρέσεις:

- i. Η Hallmark Health δεν παρέχει οικονομική βοήθεια για Μη Ιατρικά Αναγκαίες Υπηρεσίες καθώς αυτές καθορίζονται από τον θεράπων κλινικό ιατρό. Παραδείγματα υπηρεσιών που δεν είναι επιλέξιμες για οικονομική βοήθεια από το Νοσοκομείο που περιλαμβάνονται αλλά δεν περιορίζονται σε: μη ιατρικές υπηρεσίες(π.χ. κοινωνικές, εκπαιδευτικές, ή επαγγελματικές, πλαστικές επεμβάσεις, έρευνες ή άλλες). Ο προσδιορισμός των υπηρεσιών που θεωρούνται επιλέξιμες για τους σκοπούς αυτής της πολιτικής διατηρείται αποκλειστικά από το Νοσοκομείο.
- ii. Η Hallmark Health δεν παρέχει γενικά εκπτώσεις σε ασθενείς για Μη Έκτακτες, Μη Επείγουσες Υπηρεσίες, όπου η ανάγκη για περίθαλψη αναμενόταν από τον ασθενή και ο ασθενής ήρθε στην Hallmark Health εκτός του χώρου εξυπηρέτησης για να λάβει μέριμνα όταν οι υπηρεσίες προσφέρονται εντός του πλαισίου υπηρεσιών του ασθενούς.
- iii. Συμμετοχές, δαπάνες, και συνασφάλιση εξαιρούνται από την κάλυψη βάσει της πολιτικής αυτής.

### g Εκπτώσεις της Hallmark Health για Ασθενείς με Χαμηλό Εισόδημα:

- i. Για τους κατοίκους των Ην. Πολιτειών οι πιο πρόσφατοι δημοσιευμένοι FPL για το συνολικό εισόδημα της οικογένειας θα χρησιμοποιηθούν ως πρωταρχικός καθοριστικός παράγοντας. Οι εκπτώσεις που βασίζονται αποκλειστικά στο εισόδημα περιορίζονται γενικά σε ασθενείς με οικογενειακό εισόδημα μικρότερο από το 301% του FPL.
- ii. Σε ασθενείς που πληρούν αυτό το όριο θα προσφερθεί έκπτωση ίση ή μεγαλύτερη από το ποσό που γενικά τιμολογείται (AGB) όπως περιγράφεται στο Τμήμα IV(j) παρακάτω.
- iii. Ο καθορισμός αυτής της έκπτωσης είναι ευθύνη της Hallmark Health.
- iv. Παραπομπή στο Παράρτημα C και Παράρτημα D για περαιτέρω λεπτομέρειες.

### h. Έκπτωση Ιατρικής Δυσχέρειας της Hallmark Health:

- i. Οι ασθενείς που δεν πληρούν τις προϋποθέσεις των κατώτατων ορίων του FPL που είναι απαραίτητες για να δικαιούνται έκπτωση Χαμηλού Εισοδήματος της Hallmark Health μπορεί να εξακολουθούν να δικαιούνται έκπτωση εάν αποδείξουν ότι τα έξοδα για την περίθαλψη τους υπερβαίνουν το 20% του οικογενειακού εισοδήματός τους. Τα έξοδα πρέπει να έχουν πραγματοποιηθεί εντός 12 προηγούμενων μηνών και περιορίζονται σε αυτά τα οποία ενδεχομένως να θεωρηθούν ιατρικά έξοδα σύμφωνα με τους κανονισμούς της Υπηρεσίας Εσωτερικών Εξόδων.
- ii. Ο καθορισμός αυτής της έκπτωσης είναι ευθύνη της Hallmark Health
- iii. Παραπομπή στο Παράρτημα C και Παράρτημα D για περαιτέρω λεπτομέρειες.

## Πολιτική Οικονομικής Βοήθειας της Hallmark Health

- i. Πολιτική Έκπτωσης της Hallmark Health για Ανασφάλιστους και Υπασφαλισμένους Ασθενείς:
  - i. Η Hallmark Health θα προσφέρει έκπτωση σε ασθενείς όλων των εισοδηματικών επιπέδων ανεξάρτητα από τον τόπο κατοικίας τους, οι οποίοι όμως πληρούν τις προϋποθέσεις για «Ανασφάλιστους και Υπασφαλισμένους» που απαριθμούνται στο Τμήμα III(b) παραπάνω, εκπληρούν τις ευθύνες των ασθενών του Τμήματος III(c) παραπάνω, και που υποβάλουν μια Αίτηση Οικονομικής Βοήθειας της Hallmark Health.
  - ii. Όλοι οι Ασφαλισμένοι και Υπασφαλισμένοι ασθενείς που πληρούν τους όρους αυτής της πολιτικής έχουν το δικαίωμα για έκπτωση έως και 40% στις Επιλέξιμες Υπηρεσίες αν ληφθεί η πληρωμή, ή εάν συμφωνήθηκε κάποιο σχέδιο πληρωμής, εντός 30 ημερών από τον αρχικό λογαριασμό.
    - 1. Για Μη Επείγουσες, Μη Έκτακτες υπηρεσίες, η πληρωμή πρέπει να πραγματοποιηθεί εξ' ολοκλήρου, ή να συμφωνηθεί κάποιο σχέδιο πληρωμής, πριν παραχωρηθεί η υπηρεσία. Σε περίπτωση που οι πραγματικές χρεώσεις ξεπεράσουν τις χρεώσεις που εκτιμήθηκαν, ο ασθενής πρέπει να καταβάλει το επιπλέον οφειλόμενο ποσό εντός 30 ημερών από την αρχική πληρωμή.
      - a. Εάν δεν καταβληθούν έγκαιρα οι πρόσθετες οφειλές, τότε το ποσό της έκπτωσης μπορεί να διαγραφεί κι έτσι ο ασθενής θα κληθεί να καταβάλει εξ' ολοκλήρου τη χρέωση.
    - 2. Για Υπηρεσίες Έκτακτης και Επείγουσας Ανάγκης, η πληρωμή πρέπει να γίνει, ή να συμφωνηθεί κάποιο σχέδιο πληρωμής, εντός 30 ημερών από την αρχική εγγραφή.
  - iii. Κατά της αξιολόγηση του ασθενή για να του χορηγηθεί έκπτωση ή όχι βάση της πολιτικής αυτής, η Hallmark Health μπορεί να λάβει υπόψιν αν ο ασθενής έχει τρέχων υπόλοιπο.
- j. Όροι Υπολογισμού των Ποσών που χρεώνονται στους Ασθενείς:
  - i. Μετά τον καθορισμό επιλεξιμότητας ενός ασθενούς για τα εκπαιδευτικά προγράμματα που αναφέρονται στο Τμήμα IV(g) ή Τμήμα IV(h) παραπάνω, ένας ασθενής δεν θα χρεωθεί περαιτέρω για τις Επιλέξιμες Υπηρεσίες από το Ποσό που Χρεώνεται Γενικά (ΠΧΓ) από το Νοσοκομείο.
  - ii. Η Hallmark Health καθορίζει το ΠΧΓ κατανέμοντας αρχικά όλες τις πληρωμές με βάση τις συνολικές χρεώσεις για όλα τα εμπορικά προγράμματα και τα προγράμματα Medicare fee-for-service (FFS) και Medicare Managed Care plans για το προηγούμενο οικονομικό έτος για τον προσδιορισμό του Παράγοντα Πληρωμής (Payment on Account Factor (PAF)) για το προηγούμενο οικονομικό έτος. Αυτό γίνεται γενικά τον Οκτώβριο όταν είναι διαθέσιμα τα πιο ακριβή δεδομένα των προγραμμάτων υγείας. Η ελάχιστη Έκπτωση της Hallmark Health για Ασθενείς με Χαμηλό Εισόδημα είναι ίση με την αντίστροφη τιμή του Παράγοντα Πληρωμής PAF της προηγούμενης οικονομικής χρήσης, η οποία είναι το ΠΧΓ(Ποσό που Χρεώνεται Γενικά AGB).
    - iii. Για Παράδειγμα, υπολογισμός του ΠΧΓ:
      - 1. Συνολική Πληρωμή από τα εμπορικά, Medicare FFS, και Medicare Managed Care προγράμματα: \$150
      - 2. Συνολικές Χρεώσεις για εμπορικά, Medicare FFS, και Medicare Managed Care προγράμματα: \$350
      - 3. Παράγοντας Πληρωμής PAF: 42.28%
      - 4. AGB (ΠΧΓ) Έκπτωση για Ασθενείς της Hallmark Health με Χαμηλό Εισόδημα: 57.72%
  - iv. Η ελάχιστη Έκπτωση της Hallmark Health για Ασθενείς με Χαμηλό Εισόδημα, το οποίο είναι το ΠΧΓ (AGB), ισχύει από τις 10/1/2016 στο 57.72%. Αυτά καθορίστηκαν από τα εμπορικά και Medicare FFS, και Medicare Managed Care προγράμματα για την περίοδο από 10/1/2015 έως και 9/30/2016.

## V. Σχέδιο Πληρωμών

Τα σχέδια άτοκων πληρωμών για τις Επιλέξιμες Υπηρεσίες θα προσφερθούν σε όλους τους ασθενείς που πληρούν τα κριτήρια που ορίζονται στο Τμήμα III(c) παραπάνω, κατόπιν αιτήματος. Η τελική αποδοχή ενός σχεδίου πληρωμής υπόκειται σε πλήρη έλεγχο της κατάστασης και του ιστορικού πληρωμών του ασθενούς.

Η Hallmark Health θα επεξεργαστεί όλα τα σχέδια πληρωμών των ασθενών. Τα σχέδια πληρωμών παρακολουθούνται από εξωτερικό προμηθευτή. Η πλήρης συμμόρφωση του ασθενούς αναμένεται εάν συμφωνηθεί ένα σχέδιο πληρωμής. Εάν ο ασθενής δεν καταβάλει δύο διαδοχικές δόσεις της πληρωμής, τότε το σχέδιο πληρωμής τερματίζεται και το Νοσοκομείο μπορεί να θέσει τον λογαριασμό ως επισφαλές χρέος σύμφωνα με τις διαδικασίες και και την προστασία που ορίζονται από την Πολιτική Πίστωσης και Είσπραξης του Νοσοκομείου ( διαθέσιμη στη διεύθυνση <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>). Μετά την ειδοποίηση του Νοσοκομείου από τον ασθενή για πιθανές αλλαγές των οικονομικών καταστάσεων, το Νοσοκομείο μπορεί να επανεκτιμήσει την εκκρεμή υποχρέωση πληρωμής του ασθενούς.

## Πολιτική Οικονομικής Βοήθειας της Hallmark Health

- a. Οι ασθενείς που έχουν διαπιστωθεί ως Ασθενείς με Χαμηλό Εισόδημα ή επιλέξιμοι για Ιατρική Δυσχέρεια βάση του προγράμματος Δικτύου Υγείας της Μασαχουσέτης δεν υποχρεούνται να πληρούν τα κριτήρια που ορίζονται στο Τμήμα III(c) πριν προσκομίσει το Νοσοκομείο ένα σχέδιο πληρωμής. Για τους ασθενείς HSN με Χαμηλό Εισόδημα ή Ασθενείς Ιατρικής Δυσχέρειας με υπόλοιπο λογαριασμού \$1,000 ή μικρότερο, ένα τέτοιο πρόγραμμα πληρωμών θα είναι τουλάχιστον ένα έτος άτοκο και με ελάχιστη πληρωμή που να μην υπερβαίνει τα 25\$ ανά μήνα. Για ασθενείς HSN με Χαμηλό Εισόδημα ή ασθενείς Ιατρικής Δυσχέρειας με υπόλοιπο λογαριασμού \$1,000 ή περισσότερο, ένα τέτοιο πρόγραμμα πληρωμών θα είναι τουλάχιστον ένα διετές άτοκο σχέδιο πληρωμής.

### VI. Μη Πληρωμή

Το Νοσοκομείο διατηρεί μια ξεχωριστή πολιτική Πίστωσης και Είσπραξης που καλύπτει τις ενέργειες του Νοσοκομείου σε περίπτωση μη πληρωμής και περιλαμβάνει έναν κατάλογο ασθενών που μπορεί να προστατεύονται από το κρατικό δίκαιο (State law) από οποιαδήποτε ενέργεια είσπραξης. Πριν από την διεξαγωγή οποιωνδήποτε ενεργειών είσπραξης στο πλαίσιο αυτής της πολιτικής γνωστοποιώντας γραπτώς στον ασθενή τα διαθέσιμα προγράμματα βοήθειας και βοηθώντας το άτομο αυτό με την υποβολή Αίτησης για Οικονομική Βοήθεια της Hallmark Health. Η ξεχωριστή Πολιτική Πίστωσης και Είσπραξης του Νοσοκομείου είναι άμεσα διαθέσιμη στους πολίτες στη διεύθυνση <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>.

### VII. Δημοσίευση και Διάδοση της Πολιτικής Οικονομικής Βοήθειας (ΠΟΒ)

- a. Πληροφορίες σχετικά με τους Συμβούλους Οικονομικής Βοήθειας της Hallmark Health, οι οποίοι προσφέρουν οικονομικές συμβουλές-υπηρεσίες και βοήθεια, καθώς και πληροφορίες σχετικές με την Πολιτική Οικονομικής Βοήθειας μπορούν να βρεθούν online στη διεύθυνση <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing.html>.

- i. Για να προγραμματίσετε μια συνάντηση με έναν Οικονομικό Σύμβουλο μέσω τηλεφώνου, μπορείτε να καλέσετε στο: 781-338-7111.
- ii. Οι Οικονομικοί Σύμβουλοι της Hallmark Health βρίσκονται στους ακόλουθους χώρους-εγκαταστάσεις της Hallmark Health:
  1. Νοσοκομείο Melrose-Wakefield, 1ος όροφος κοντά στην είσοδο της οδού Porter Street, Οδός 585 Lebanon, Melrose, MA 02176.
  2. Νοσοκομείο Lawrence Memorial, δίπλα από τα Επείγοντα, Λεωφόρος 170 Governors, Medford, MA 02155.

- b. Δημοσίευση στο Διαδίκτυο

- i. Εκτός του ότι η Πολιτική Οικονομικής Βοήθειας, η αιτήσεις, καθώς και μια απλή σύνοψη είναι διαθέσιμα μέσω των Οικονομικών Συμβούλων, μπορείτε να τα βρείτε και στη διεύθυνση: <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>.

1. Μπορείτε επίσης να έχετε πρόσβαση στην ιστοσελίδα μέσω της αρχικής σελίδας της Hallmark Health (<https://www.hallmarkhealth.org/>) επιλέγοντας Patient/Visitor(Ασθενής/Επισκέπτης) -\* Financial Counseling and Billing(Οικονομική Συμβουλευτική Υπηρεσία και Τιμολόγηση) -\* Financial Assistance Policies (Πολιτικές Οικονομικής Βοήθειας).
2. Η ιστοσελίδα περιλαμβάνει τρόπους με τους οποίους οι ασθενείς μπορούν να υποβάλουν αίτηση για βοήθεια από το νοσοκομείο, συμπεριλαμβανομένου μιας λίστας Οικονομικών Συμβούλων και έναν κεντρικό τηλεφωνικό αριθμό που μπορείτε να καλέσετε για να προγραμματίσετε μια συνάντηση με οικονομικό σύμβουλο. Η ιστοσελίδα ενημερώνει τους ασθενείς ότι τα έντυπα αίτησης και οικονομικής βοήθειας είναι δωρεάν.

- c. Το Νοσοκομείο δημοσιεύει ευρέως την διαθεσιμότητα της οικονομικής βοήθειας στο πλαίσιο της πολιτικής αυτής με τους εξής τρόπους:

- i. Μεγάλη, ευδιάκριτη σήμανση (8" X 14") έχει αναρτηθεί σε όλες τις πύλες εισόδου και σε άλλες περιοχές υψηλής κυκλοφορίας, συμπεριλαμβανομένων των Επειγόντων, της Υπηρεσίας Οικονομικού Συντονισμού και της Υπηρεσίας Εξυπηρέτησης Πελατών.



- ii. Τα φυλλάδια Απλής Σύνοψης που διαφημίζουν την διαθεσιμότητα των επιλογών οικονομικής βοήθειας της Hallmark Health εμφανίζονται στα Επείγοντα και σε άλλους τομείς.
- iii. Η απλή σύνοψη της Πολιτικής Οικονομικής Βοήθειας ΠΟΒ είναι διαθέσιμη στους ασθενείς ως μέρος της διαδικασίας εισαγωγής και εξιτηρίων του Νοσοκομείου.
- iv. Αντίγραφα της Πολιτικής Οικονομικής Βοήθειας ΠΟΒ, αίτηση, καθώς και η απλή σύνοψη διατίθενται στους ασθενείς που ζητούν ένα αντίγραφο αυτοπροσώπως ή μέσω mail και για κάθε ασθενή που έχει κάποιες συγκεκριμένες ερωτήσεις.
- v. Τα υλικά, συμπεριλαμβανομένης της πολιτικής, του έντυπου αίτησης, και της απλής σύνοψης είναι διαθέσιμα στην Αγγλική, Κινεζική, Ισπανική, Βιετναμέζικη, Πορτογαλική, Ρωσική, Ελληνική, Χίντι, Ιταλική, Κρεολή, καθώς και Αραβική, γλώσσα.
- vi. Το προσωπικό του προγράμματος της κοινότητας του Νοσοκομείου έχει εκπαιδευτεί σχετικά με την Πολιτική Οικονομικής Βοήθειας ΠΟΒ και με το να ενημερώνουν και να ειδοποιούν τους εκλογείς της κοινότητας σχετικά με της διαθεσιμότητα της οικονομικής βοήθειας της Hallmark Health.

### **VIII. Άλλες Διατάξεις:**

- a. **Επισφαλές Χρέος Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης:**
  - i. Αυτή η πολιτική μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για να επαληθεύσει την έλλειψη ασθένειας για τους σκοπούς του προσδιορισμού των υπολοίπων τους που προκύπτουν από συνασφάλιση ή εισφορές από υπηρεσίες που καλύπτονται από την Ιατροφαρμακευτική Περίθαλψη εφαρμόζονται τα Επισφαλής Χρέη. Οι καθοριστικοί παράγοντες θα είναι το τρέχον εισόδημα των ασθενών από τα περιουσιακά στοιχεία που έχουν δηλωθεί. Προκειμένου να πληροί τις προϋποθέσεις, ο ασθενής πρέπει να έχει εισόδημα μικρότερο από το 201% του FPL και περιουσιακά στοιχεία μικρότερης αξίας από \$10,000 για το πρώτο μέλος της οικογένειας συν \$3,000 δολάρια για κάθε επιπρόσθετο μέλος της οικογένειας. Οι προσδιορισμοί περιουσιακών στοιχείων δεν θα περιλαμβάνουν ποτέ την πρώτη κατοικία ή πρώτο-κυρίως όχημα. Η ολοκλήρωση υποβολής αίτησης για Οικονομική Βοήθεια της Hallmark Health από τον ασθενή θα είναι μια απόδειξη ότι ο ασθενής δεν έχει την δυνατότητα να χρησιμοποιήσει τα περιουσιακά του στοιχεία για να πληρώσει τα εκκρεμή υπόλοιπά του.
- b. **Αξιολόγηση ανά Περίπτωση:**
  - i. Οι Ασθενείς ενθαρρύνονται να προσκομίσουν την οικονομική τους κατάσταση στους Οικονομικούς Συμβούλους ή στο Λογαριασμό Ασθενών. Η Hallmark Health μπορεί να επεκτείνει τις εκπτώσεις πέρα από την διάταξη αυτής της πολιτικής κατά περίπτωση για να αναγνωρίσει μοναδικές περιπτώσεις οικονομικής δυσχέρειας.
  - ii. Οι υπάρχουσες εκπτώσεις που υπερβαίνουν αυτή την πολιτική μπορεί να έχουν την έγκριση CFO του Νοσοκομείου.

### **IX. Έγκριση Συμβουλίου**

Η Πολιτικής Οικονομικής Βοήθειας ΠΟΒ της Hallmark Health εγκρίθηκε από το Διοικητικό Συμβούλιο στις 27 Ιουλίου, 2017.

## Παράρτημα Α– Εγκαταστάσεις-Χώροι της Hallmark Health, Συμμετέχοντες Φορείς

Αυτή η πολιτική οικονομικής βοήθειας ισχύει για τις υπηρεσίες που παρέχονται και τιμολογούνται από την Hallmark Health στις παρακάτω διευθύνσεις:

1. Εγκαταστάσεις Νοσοκομείου Melrose-Wakefield, Οδός 585 Lebanon, Melrose, MA 02176.
2. Εγκαταστάσεις Νοσοκομείου Lawrence Memorial, Λεωφόρος 170 Governors, Medford, MA 02155.
  - a. Κέντρο Έκτακτης Ανάγκης του Νοσοκομείου Lawrence Memorial, Λεωφόρος 170 Governors, Medford, MA 02155.
3. Κέντρο Αιματολογίας και Ογκολογίας της Hallmark Health System, Λεωφόρος 41 Montvale, 3ος, 4ος, και 5ος Όροφος, Stoneham, MA 02180.
4. Hallmark Health στην 101 Main, 101 Main Street, Medford, MA 02155
  - a. Υπηρεσίες Αποκατάστασης του Νοσοκομείου Lawrence Memorial, Suites 105 and 106.
  - b. Συμβουλευτικές Υπηρεσίες Κοινότητας, Suite 112.
  - c. Ιατρικές Υπηρεσίες του Lawrence Memorial, Suites 113, 114, and 116.
  - d. Family Medical Associates, Suites 213, 214, and 215.
5. Κέντρο Συμβουλευτικών Υπηρεσιών, Malden Family Health Center, οδός 178 Savin, 2nd Floor, Malden, MA 02148.
6. Γυναικολογικό Κέντρο, 830 Main Street, 3ος Όροφος, Melrose, MA 02176.
7. Κέντρο Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας & MRI, Λεωφόρος 48 Montvale, Stoneham, MA 02180.
8. Εξωνοσοκομειακό Διαγνωστικό Κέντρο της Hallmark Health και Κέντρο Αποκατάστασης, 30 Newcrossing Road, Reading, MA 01867.
  - a. Κέντρο Έκτακτης Περίθαλψης, 30 Newcrossing Road, Reading, MA 01867.
9. Υπηρεσίες Αποκατάστασης του Νοσοκομείου Melrose-Wakefield, οδός 22 Corey, Melrose, MA 02176.

Παράρτημα Β: Λίστα Θυγατρικών Παρόχων της Hallmark Health, Μη Συμμετέχοντες Φορείς

Κάθε ένας από αυτούς τους παρόχους ή ομάδες παρόχων προσφέρουν υπηρεσίες σε νοσοκομεία, όμως, οι λογαριασμοί και οι χρεώσεις τους δεν καλύπτονται από την Πολιτική Οικονομικής Βοήθειας της Hallmark Health (“FAP” «ΠΟΒ»). Η Πολιτική Οικονομικής Βοήθειας ΠΟΒ της Hallmark Health έχει αποκλείσει-εξαιρέσει τις υπηρεσίες που παρέχονται και τιμολογούνται από τους παρακάτω φορείς που σχετίζονται με την Hallmark Health:

1. Ιατρική Οργάνωση της Hallmark Health, Hallmark Health Medical Associates.
2. Hallmark Pathology, P.C (Παθολογική της Hallmark Health).
3. Hallmark Imaging Associates, P.C.
4. Τμήματα όπου ο ασθενής μπορεί να εξεταστεί-ειδωθεί από έναν Πάροχο που δεν καλύπτεται την Πολιτική Οικονομικής Βοήθειας είναι τα εξής: Καρδιολογική, Ενδοκρινολογική, Γαστρεντερολογική, Ακτινολογική/Αιματολογική/Ογκολογική, Μεταδοτικών Ασθενειών, Γυναικολογική, Νεφρολογική, Ποδολογική, Πνευμονολογική, Ρευματολογική, Ιατρική Παρακολούθησης Διαταραχών Ύπνου, Χειρουργική, Ουρολογική, Τμήμα Περίθαλψης Τραυμάτων.
5. Ιατροί Εκτάκτων Περιστατικών του Melrose-Wakefield, Inc.
  - a. Οι Ιατροί στο Τμήμα Εκτάκτων Περιστατικών Hallmark Health που βρίσκονται στο Νοσοκομείο Lawrence Memorial στη Λεωφόρο 170 Governors, Medford, MA 02155 και Νοσοκομείο MMelrose-Wakefieldστην Οδό 585 Lebanon, Melrose, MA 02176.
  - b. Οι Ιατροί στα Κεντρα Έκτακτης Ανάγκης της Hallmark Health System βρίσκονται στη Λεωφόρο 170 Governors, Medford, MA 02155 and 30 New Crossing Road, Reading, MA 01867.
6. Ιατρικοί Συνεργάτες του Νοσοκομείου (Team Health).
  - a. Οι νοσοκομειακοί γιατροί της Hallmark Health βρίσκονται στο Νοσοκομείο Lawrence Memorial Hospital στη Λεωφόρο 170 Governors, Medford, MA 02155 και Νοσοκομείου Melrose-Wakefield στην Οδό 585 Lebanon, Melrose, MA 02176.
7. Metropolitan Anesthesia.
8. Mystic Cardiology Associates, Inc., including Dr. Conway, Dr. Pladziewicz, and Dr. Samenuk.
9. Mystic Medical Group, including 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.

Όλοι οι γιατροί και ιατρικοί οργανισμοί που σχετίζονται με την Hallmark Health συμπεριλαμβανομένων και των παρόχων που αναφέρονται παραπάνω, ενθαρρύνονται αλλά όχι απαραίτητα, να ακολουθήσουν την πολιτική οικονομικής βοήθειας της Hallmark Health.

Παράρτημα C: Ποσά Έκπτωσης Οικονομικής Βοήθειας της Hallmark

Μέγεθος Οικογένειας	100% FPL	Μεγαλύτερο Από		
		Ως 150% FPL	Ως 300% FPL	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
Μετα τα 8 οκτώ άτομα	\$4,180	\$6,270	\$12,540	\$12,541
Έκπτωση		100%	58%	40%
Αναμενόμενη Πληρωμή Ασθενούς		0%	42%	60%

FPL ορίζεται ως το Ομοσπονδιακό Επίπεδο Πενίας (Federal Poverty Level), που δημοσιεύτηκε τον Ιανουάριο του 2017, όπως ορίζεται από το Ομοσπονδιακό Μητρώο.

Αρχικός 7/2017

## Αίτηση Οικονομικής Βοήθειας

Η Hallmark Health υπερηφανεύεται για την παροχή της καλύτερης περίθαλψης για κάθε ασθενή. Η Hallmark προσφέρει οικονομική βοήθεια μέσω της Πολιτικής Οικονομικής Βοήθειας σε ασθενείς που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να πληρώσουν για επείγοντα περιστατικά ή ιατρικά αναγκαία περίθαλψη. Η Οικονομική Βοήθεια της Hallmark Health δεν προορίζεται να καλύψει μη επείγουσα, μη έκτακτη περίθαλψη. Δεν προορίζεται να παρέχει εκπτώσεις για ασφαλιστικές συμμετοχές, συνασφάλιση, ή άλλες εκπτώσεις.

Οι Ασθενείς που έχουν την οικονομική δυνατότητα να πληρώσουν, θα κληθούν να πληρώσουν για υπηρεσίες που θα λάβουν από την Hallmark Health. Όμως, το δικαίωμα για οικονομική βοήθεια είναι διαθέσιμο για σας. Οι Ασθενείς ενθαρρύνονται ανεπιφύλακτα να υποβάλουν αίτηση για τυχόν διαθέσιμα κυβερνητικά προγράμματα βοήθειας που ενδεχομένως δικαιούνται, όπως το MassHealth, ή Health Safety Net, πριν υποβάλουν αίτηση στο πρόγραμμα Οικονομικής Βοήθειας της Hallmark Health. Η Αδυναμία υποβολής αίτησης για ένα κυβερνητικό πρόγραμμα βοήθειας, το οποίο ενδεχομένως δικαιούστε, θα μπορούσε να οδηγήσει σε καθυστέρηση ή απόρριψη της αίτησης σας. Εάν χρειάζεστε βοήθεια για την υποβολή αίτησης για κυβερνητικά προγράμματα βοήθειας, μπορεί να σας βοηθήσει ένας από του Οικονομικούς Συμβούλους της Hallmark Health.

Τα προσόντα για το πρόγραμμα οικονομικής βοήθειας εξαρτώνται από την πλήρη και ακριβή συμπλήρωση της Αίτησης για Οικονομική Βοήθεια.

### Οδηγίες Αίτησης

Παρακαλείσθε να συμπληρώσετε πλήρως την Αίτηση Οικονομικής Βοήθειας και να συμπεριλάβετε αντίγραφα των παρακάτω εγγράφων για όλους τους αιτούντες. Η μη απόδοση όλων των απαραίτητων εγγράφων εντός 30 ημερών θα προκαλέσει την ακύρωση της αίτησης. Παρακαλείσθε να επισυνάψετε αντίγραφα των εγγράφων που θα υποβάλετε γιατί δυστυχώς δεν μπορούν να επιστραφούν.

- Συμπληρώστε όλα τα κενά της αίτησης και βεβαιωθείτε ότι υπογράψατε τη δήλωση (Ο αιτων/ούσα) στη σελίδα 4.
- Συμπεριλάβετε ένα αντίγραφο της άδειας οδήγησης, κάποιο άλλο έγγραφο ταυτοποίησης απόδειξη ταυτότητας με φωτογραφία, ή έγγραφο που να πιστοποιεί τον τόπο κατοικίας. Οποιοδήποτε έγγραφο καταθέτετε πρέπει να φέρει το όνομά σας και την τρέχουσα διεύθυνση κατοικίας.
- Συμπεριλάβετε ένα αντίγραφο της ασφάλειάς σας. Ασφαλιστική(ές) Κάρτα(ες).
- Συμπεριλάβετε ένα αρχείο που να επαληθεύει το εισόδημά σας:
  - Συμπεριλάβετε ένα αντίγραφο του(ων) πρόσφατου(ων) εγγράφου(ων) W2 ή αποδεικτικό μισθοδοσίας (4 αν καταβάλλονται εβδομαδιαία, 2 αν καταβάλλονται κάθε 2 εβδομάδες).
  - Σε περίπτωση πρόσφατης αλλαγής εισοδήματος συμπεριλάβετε έγγραφα όπως καταστάσεις-δηλώσεις ανεργίας, εκκαθαριστικά/επενδυτική δήλωση, δηλώσεις-καταστάσεις μακροχρόνιας περίθαλψης, δελτίο συντάξεως, και/ή δηλώσεις κοινωνικής ασφάλισης.
- Εάν ο ασθενής απεβίωσε, παρακαλείσθε να καταθέσετε ένα αντίγραφο πιστοποιητικού θανάτου και μια επιστολή που να δηλώνει την κατάσταση της διαθήκης.

**Οικονομικοί Σύμβουλοι:**

Για βοήθεια σχετικά με την ολοκλήρωση της αίτησης σας, επικοινωνήστε με το **781-338-7111** για να προγραμματίσετε μια συνάντηση με έναν από τους Οικονομικούς Συμβούλους της Hallmark Health. Οι Οικονομικοί Σύμβουλοι βρίσκονται στο: Νοσοκομείο Melrose-Wakefield, Οδός 585 Lebanon, 1ος όροφος κοντά στην είσοδο της οδού Porter, Νοσοκομείο Melrose ή Lawrence Memorial, Λεωφόρος 170 Governors, κοντά στα Επείγοντα, Medford.

**Παρακαλώ Στείλτε την Συμπληρωμένη Αίτησή Σας στη διεύθυνση:**

Hallmark Health  
Financial Counselors  
170 Governors Avenue  
Medford, MA 02155

<b>Μέρος 1: Σχετικά με τον Ασθενή</b>	
Όνομα Ασθενούς:	
Ημερομηνία Γέννησης του/της Ασθενούς:	ΑΜΚΑ (SSN) Ασθενούς: Τηλέφωνο:
Τρέχουσα Διεύθυνση:	
Πόλη:	Πολιτεία: Ταχυδρομικός Κώδικας:
Είστε πολίτης των ΗΠΑ: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
Εάν ΔΕΝ ΕΙΣΤΕ ΠΟΛΙΤΗΣ ΤΩΝ ΗΠΑ, είστε μόνιμος/η κάτοικος που διαμένει νόμιμα στις ΗΠΑ: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
<b>Πληροφορίες Αιτούντων (Αν είναι διαφορετικές από τις Πληροφορίες Ασθενούς παραπάνω)</b>	
Ο αιτών/ούσα είτε είναι ο/η ασθενής ή <b>το άτομο που είναι οικονομικά υπεύθυνο για τον/την ασθενή.</b>	
Όνομα Αιτούντος:	
Τρέχουσα Διεύθυνση Αιτούντος:	
Πόλη:	Πολιτεία: Ταχυδρομικός Κώδικας:
Τηλέφωνο Αιτούντος:	
<b>Σχετικά με το Νοικοκυριό του/της Ασθενούς</b>	
Λίστα όλων των μελών του νοικοκυριού, των ημερομηνιών γεννήσεώς τους και συγγένειας με τον/την ασθενή. Μέλος του νοικοκυριού είναι ένα άτομο το οποίο έχει συγγένεια με εσάς ή ζει με εσάς για ολόκληρο το έτος ως μέλος του νοικοκυριού που δηλώνετε στη φορολογική σας δήλωση.	
<b>Μέλος Νοικοκυριού 1:</b>	
Ημερομηνία Γέννησης:	Σχέση με τον/την Ασθενή:
<b>Μέλος Νοικοκυριού 2:</b>	
Ημερομηνία Γέννησης:	Σχέση με τον/την Ασθενή:
<b>Μέλος Νοικοκυριού 3:</b>	
Ημερομηνία Γέννησης:	Σχέση με τον/την Ασθενή:
<b>Μέλος Νοικοκυριού 4:</b>	
Ημερομηνία Γέννησης:	Σχέση με τον/την Ασθενή:
<b>Μέλος Νοικοκυριού 5:</b>	
Ημερομηνία Γέννησης:	Σχέση με τον/την Ασθενή:
<b>Μέρος 2: Ασφαλιστικές Πληροφορίες Ασθενούς</b>	
<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Έχετε συμπληρώσει κάποια αίτηση Υγειονομικής Περιθαλψής τους τελευταίους έξι (6)	
<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Εκκρεμεί ή έχει εγκριθεί κάποια αίτηση Υγειονομικής Περιθαλψής;	
<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Έχει απορριφθεί η αίτηση σας για Υγειονομική Περιθαλψη;	
<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Έχετε ασφάλεια υγείας;	
<b>Βασικές Πληροφορίες Ασφάλειας Υγείας:</b>	
Όνομα Ασφάλειας:	
Διεύθυνση Ασφάλειας:	
Πολιτική/ID #:	Ομάδα #:
Όνομα συνδρομητή:	
Ημερομηνία Γέννησης Συνδρομητή:	Σχέση με τον/την Συνδρομητή/τρια:
Εταιρεία Συνδρομητή:	Ισχύουσα Ημερομηνία:
<b>Δευτερεύουσες Πληροφορίες Ασφάλειας Υγείας:</b>	
Όνομα Ασφάλειας:	
Διεύθυνση Ασφάλειας:	
Πολιτική/ID #:	Ομάδα #:
Συνδρομητής:	Ημερομηνία Γέννησης Συνδρομητή:
Σχέση με τον/την Συνδρομητή:	Εταιρεία Συνδρομητή:
Ισχύουσα Ημερομηνία:	

**Part 3: Μηνιαίο Ποσό Ακαθάριστων Εισοδημάτων και Περιουσιακών Στοιχείων**

Παρακαλείσθε να συμπληρώσετε αυτό το μέρος σχετικά με το δεδουλευμένο εισόδημα και περιουσιακών στοιχείων του ασθενούς και για κάθε μέλος του νοικοκυριού που απαριθμείτε στο Τμήμα 1 που δουλεύει. Παρακαλείσθε να συμπεριλάβετε το ακαθάριστο εισόδημα, το οποίο είναι το εισόδημα χωρίς φόρους και συμμετοχές.

	Ασθενής	Μέλος Νοικοκυριού 1	Μέλος Νοικοκυριού 2	Μέλος Νοικοκυριού 3	Μέλος Νοικοκυριού 4	Μέλος Νοικοκυριού 5
Μισθός/Ετήσιες Αποδοχές/Tips						
Επίδομα Ανεργίας						
Κοινωνική Ασφάλιση						
Επίδομα Διατροφής Τέκνων + Διατροφή						
Εισόδημα Αυτοαπασχολούμενου, έπειτα από Δαπάνες						
Έσοδα/ Έσοδα από Μερίσματα/σμα						
Σύνταξη						
Συνταξιοδοτικός λογαριασμός/Χρεόγραφα/Ομόλογα						
Εισόδημα Μισθωμάτων						
Πληρωμές Διαχείρισης						
Εργατική Αποζημίωση						
Παροχές για Βετεράνους						

**Δήλωση Έλλειψης Εισοδήματος**

ΝΑΙ  ΟΧΙ Αν τα έσοδα του νοικοκυριού είναι μηδέν, υπάρχει κάποιος που σας στηρίζει οικονομικά;

Εάν απαντήσατε ναι παραπάνω, και σας στηρίζει κάποιο άλλο άτομο οικονομικά, παρακαλείται να συμπληρώσει και να υπογράψει τη δήλωση παρακάτω.

Όνομα Ασθενούς: Ο/Η \_\_\_\_\_, αυτή την περίοδο δεν έχει εισόδημα. Εγώ είμαι αυτός/αυτή που τον στηρίζω με αναγκαία τρόφιμα, στέγη, και ρούχα. Εγώ επίσης του παρέχω κατά μέσο όρο μηνιαία οικονομική βοήθεια ύψους \_\_\_\_\_\$.

Υπογραφή Υποστηρικτή:

Ημερομηνία:

**Περιουσιακά Στοιχεία Νοικοκυριού**

Συμπληρώστε πληροφορίες λογαριασμού ταμειυτηρίου/αποταμίευσης παρακάτω.

Τύπος Λογαριασμού	Τραπεζικό Ίδρυμα	Υπόλοιπο

**Άλλα Αριμήσιμα Περιουσιακά Στοιχεία**

Συμπληρώστε πληροφορίες για κάθε τύπο λογαριασμού που έχετε:

Τύπος Λογαριασμού	Τραπεζικό Ίδρυμα	Υπόλοιπο
Χρεόγραφα/Ομόλογα		
Πιστοποιητικό Καταθέσεων		
Αποταμειωτικά Ομόλογα		
Βιβλιάριο Καταθέσεων Υγείας		
Πιστοποιητικό Αποταμιεύσεων		
Christmas or Vacation Clubs		
Άλλα		



**Μέρος 4: Ιατρική Δυσχέρεια**

Αυτό το τμήμα ίσως να μην είναι εφαρμοστέο για σας. Παρακαλούμε συμπληρώστε αυτό το τμήμα εάν έχετε παρόχους. Μπορεί να σας ζητηθούν έγγραφα, αλλά δεν είναι αναγκαία τώρα.

Όνομα Παρόχου	Σύνολο Ιατρικών Εξόδων	Πόσο συχνά προκύπτουν τα έξοδα;
		<input type="checkbox"/> Εβδομαδιαία <input type="checkbox"/> Μηνιαία <input type="checkbox"/> Ετησίως
		<input type="checkbox"/> Εβδομαδιαία <input type="checkbox"/> Μηνιαία <input type="checkbox"/> Ετησίως
		<input type="checkbox"/> Εβδομαδιαία <input type="checkbox"/> Μηνιαία <input type="checkbox"/> Ετησίως
		<input type="checkbox"/> Εβδομαδιαία <input type="checkbox"/> Μηνιαία <input type="checkbox"/> Ετησίως
		<input type="checkbox"/> Εβδομαδιαία <input type="checkbox"/> Μηνιαία <input type="checkbox"/> Ετησίως
		<input type="checkbox"/> Εβδομαδιαία <input type="checkbox"/> Μηνιαία <input type="checkbox"/> Ετησίως

**Μέρος 5: ΈΝΟΡΚΗ ΔΗΛΩΣΗ- ΟΛΟΙ ΟΙ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΥΠΟΓΡΑΨΟΥΝ**

Όλοι οι αιτούντες **ΠΡΕΠΕΙ** να υπογράψουν την ένορκη δήλωση παρακάτω για να ληφθεί υπόψη η δήλωσή τους.

Ορκίζομαι και βεβαιώνω ότι όλες οι πληροφορίες που αναφέρονται σε αυτή την φόρμα είναι αληθείς, ορθές όσο καλύτερα μπορώ, καθώς και γνωρίζω και κατά την πεποίθησή μου. Συμφωνώ να αναφέρω στην Hallmark Health τις αλλαγές στο εισόδημά μου, τους οικονομικούς μου πόρους ή άλλες πληροφορίες που αναφέρονται σε αυτό το έντυπο που μπορεί να επηρεάσουν την επιλεξιμότητά μου να λάβω την Οικονομική βοήθεια της Hallmark Health. Κατανοώ ότι οι πιστωτικές μου και άλλες πληροφορίες οικονομικές μπορούν να αναφέρονται για να επαληθεύσουν την δήλωση και την επιλεξιμότητα για το πρόγραμμα αυτό. Κατανοώ ότι έχω 30 ημέρες για να καταθέσω τα ακριβή και αναγκαία δικαιολογητικά που πρέπει να ληφθούν υπόψη για την έκπτωση.

Οι μη αληθείς δηλώσεις του/της ασθενούς για την απόκτηση οικονομικής βοήθειας θα διαβιβαστούν στο Γραφείο του Γενικού Εισαγγελέα της Μασαχουσέτης. Οι ασθενείς που παραποιούν την αίτηση του Προγράμματος δεν θα είναι πλέον επιλέξιμοι για το πρόγραμμα και θα θεωρηθούν υπεύθυνοι για όλες τις χρεώσεις που πραγματοποιήθηκαν κατά την εγγραφή στο πρόγραμμα αναδρομικά από την πρώτη ημέρα κατά την οποία ξεκίνησαν οι δαπάνες στο πλαίσιο του προγράμματος.

Υπογραφή Αιτούντος:

Ημερομηνία:

**ΕΝΟΡΚΗ ΔΗΛΩΣΗ – ΕΦΑΡΜΟΣΤΕΑ ΜΟΝΟ ΕΑΝ ΥΠΟΒΑΛΕΙ ΑΙΤΗΣΗ Ο/Η ΣΥΖΥΓΟΣ ΤΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ**

Εάν ο/η σύζυγος του αιτούντος υπέβαλε επίσης αίτηση για οικονομική ενίσχυση ο/η σύζυγος του αιτούντος **ΠΡΕΠΕΙ** να υπογράψει την ένορκη δήλωση παρακάτω για να ληφθεί υπόψη η αίτησή του/της.

Ορκίζομαι και βεβαιώνω ότι όλες οι πληροφορίες που αναφέρονται σε αυτή την φόρμα είναι αληθείς, ορθές όσο καλύτερα μπορώ, καθώς και γνωρίζω και κατά την πεποίθησή μου. Συμφωνώ να αναφέρω στην Hallmark Health τις αλλαγές στο εισόδημά μου, τους οικονομικούς μου πόρους ή άλλες πληροφορίες που αναφέρονται σε αυτό το έντυπο που μπορεί να επηρεάσουν την επιλεξιμότητά μου να λάβω την Οικονομική βοήθεια της Hallmark Health. Κατανοώ ότι οι πιστωτικές μου και άλλες πληροφορίες οικονομικές μπορούν να αναφέρονται για να επαληθεύσουν την δήλωση και την επιλεξιμότητα για το πρόγραμμα αυτό. Κατανοώ ότι έχω 30 ημέρες για να καταθέσω τα ακριβή και αναγκαία δικαιολογητικά που πρέπει να ληφθούν υπόψη για την έκπτωση.

Οι μη αληθείς δηλώσεις του/της ασθενούς για την απόκτηση οικονομικής βοήθειας θα διαβιβαστούν στο Γραφείο του Γενικού Εισαγγελέα της Μασαχουσέτης. Οι ασθενείς που παραποιούν την αίτηση του Προγράμματος δεν θα είναι πλέον επιλέξιμοι για το πρόγραμμα και θα θεωρηθούν υπεύθυνοι για όλες τις χρεώσεις που πραγματοποιήθηκαν κατά την εγγραφή στο πρόγραμμα αναδρομικά από την πρώτη ημέρα κατά την οποία ξεκίνησαν οι δαπάνες στο πλαίσιο του προγράμματος.

Υπογραφή Συζύγου Αιτούντος:

Ημερομηνία:

## Τεκμήριο Ε



Melrose-Wakefield Hospital  
Lawrence Memorial Hospital of Medford

Μήνας Ημέρα, Έτος

[Επιστολή Έγκρισης- Μερική Έκπτωση]

Μήνας Ημέρα, Έτος

όνομα

διεύθυνση

πόλη, πολιτεία, ταχυδρομικός κώδικας

Αριθμός Λογαριασμού Ασθενούς:

Αγαπητέ/ή :

Σας ευχαριστούμε για την αίτηση σας για βοήθεια σχετικά με τους λογαριασμούς στο πλαίσιο του Προγράμματος Οικονομικής Βοήθειας της Hallmark (Το «Πρόγραμμα»). Ελέγξαμε την αίτησή σας και τα σχετικά δικαιολογητικά και διαπιστώσαμε ότι βάση του εισοδήματός σας, δικαιούστε υπηρεσίες μειωμένης χρέωσης στο πλαίσιο του Προγράμματος.

Έχουμε διαπιστώσει ότι το εισόδημά σας είναι \_\_\_\_\_ για το μέγεθος της οικογένειάς σας των \_\_\_\_\_ μελών, το οποίο επιτρέπει να πληρώσετε \_\_\_\_\_ της συνηθισμένης χρέωσης. Λογαριασμοί των \_\_\_\_\_ που λήφθηκαν από την ημερομηνία \_\_/\_\_/\_\_\_\_ μειώνονται στο \_\_\_\_\_. Θα επικοινωνήσουμε μαζί σας για να σας βοηθήσουμε να κάνετε διακανονισμό στο υπόλοιπο του λογαριασμού σας και θα σας στείλουμε ένα λεπτομερές τιμολόγιο κατόπιν αιτήματος. Λάβετε υπόψιν ότι η έκπτωση στο πλαίσιο αυτού του προγράμματος δεν ισχύει για οποιαδήποτε συμμετοχή, συνασφάλιση ή ακάλυπτα ποσά που εξακολουθούν να είναι δική σας ευθύνη.

Η έγκριση ισχύει για περίοδο έξι (6) μηνών. Εάν διαφωνείτε με αυτήν την απόφαση και πιστεύετε ότι πληρείται τις προϋποθέσεις για περαιτέρω μείωση των χρεώσεων σας, επικοινωνήστε με τον Οικονομικό Σύμβουλο που αναφέρεται παρακάτω.

Με Εκτίμηση,

Όνομα

Τίτλος, Τηλέφωνο

Αρχικός 7/2017

[Επιστολή Έγκρισης- 100% Έκπτωση]

Μήνας Ημέρα, Έτος

όνομα  
διεύθυνση  
πόλη, πολιτεία, ταχυδρομικός κώδικας

Αριθμός Λογαριασμού Ασθενούς: Αγαπητέ/ή:

Σας ευχαριστούμε για την αίτηση σας για βοήθεια σχετικά με τους λογαριασμούς στο πλαίσιο του Προγράμματος Οικονομικής Βοήθειας της Hallmark (Το «Πρόγραμμα»). Ελέγξαμε την αίτησή σας και τα σχετικά δικαιολογητικά και διαπιστώσαμε ότι βάση του εισοδήματός σας, δικαιούστε υπηρεσίες μηδενικού κόστους στο πλαίσιο του Προγράμματος.

Συνεπώς παραγράφουμε λογαριασμούς \_\_\_\_\_ για υπηρεσίες που λήφθηκαν από την ημερομηνία \_\_/\_\_/\_\_\_\_. Δεν θα λαμβάνετε επιπλέον λογαριασμούς από εμάς για αυτές τις υπηρεσίες.

Αυτή η έγκριση ισχύει για περίοδο έξι(6) μηνών. Εάν έχετε οποιαδήποτε ερώτηση, παρακαλούμε επικοινωνήστε με τον Οικονομικό Σύμβουλο που αναφέρεται παρακάτω.

Με Εκτίμηση,

Όνομα  
Τίτλος, Τηλέφωνο

[Επιστολή Νέας Εκτίμησης- 100% Έκπτωση αντί για Μερική Έκπτωση]

Μήνας Ημέρα, Έτος

Όνομα  
Διεύθυνση  
Πόλη, πολιτεία, ταχυδρομικός κώδικας

Αριθμός Λογαριασμού Ασθενούς:

Αγαπητέ/ή :

Σε συνέχεια της αρχικής μας απόφασης την \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ γράφουμε ότι δικαιούστε μειωμένη χρέωση στο πλαίσιο του Προγράμματος Οικονομικής Βοήθειας της Hallmark Health (το «Πρόγραμμα»). Κατόπιν αιτήματός σας, επανεξετάσαμε την αρχική μας απόφαση σχετικά με την αίτησή σας και αποφασίσαμε ότι, με βάση το εισόδημά σας, δικαιούστε υπηρεσίες με μηδενική χρέωση στο πλαίσιο του Προγράμματος. Συνεπώς παραγράφουμε λογαριασμούς \_\_\_\_\_ για υπηρεσίες που λήφθηκαν από \_\_\_\_\_ την ημερομηνία \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_. Δεν θα λαμβάνετε επιπλέον λογαριασμούς από εμάς για αυτές τις υπηρεσίες. Αυτή η έγκριση ισχύει για περίοδο έξι(6) μηνών. Εάν έχετε οποιαδήποτε ερώτηση, παρακαλούμε επικοινωνήστε με τον Οικονομικό Σύμβουλο που αναφέρεται παρακάτω.

Με Εκτίμηση,

Όνομα  
Τίτλος, Τηλέφωνο

[Επιστολή Νέας Εκτίμησης-100% Έκπτωση αντί για Προηγούμενος Μη Επιλέξιμος/η]

Μήνας Ημέρα, Έτος

Όνομα

Διεύθυνση

Πόλη, πολιτεία, ταχυδρομικός κώδικας

Αριθμός Λογαριασμού Ασθενούς:

Αγαπητέ/ή :

Σε συνέχεια της αρχικής μας απόφασης ότι δεν δικαιούστε οικονομικής βοήθεια στο πλαίσιο του Προγράμματος Οικονομικής Βοήθειας της Hallmark Health (το «Πρόγραμμα»). Κατόπιν αιτήματος σας, επανεξετάσαμε την αρχική μας απόφαση σχετικά με την αίτηση σας και αποφασίσαμε ότι, με βάση το εισόδημα σας, δικαιούστε υπηρεσίες με μηδενική χρέωση στο πλαίσιο του Προγράμματος. Συνεπώς παραγράφουμε λογαριασμούς

\_\_\_\_\_ για υπηρεσίες που λήφθηκαν από την ημερομηνία \_\_/\_\_/\_\_\_\_. Δεν θα λαμβάνετε επιπλέον λογαριασμούς από εμάς για αυτές τις υπηρεσίες. Αυτή η έγκριση ισχύει για περίοδο έξι(6) μηνών. Εάν έχετε οποιαδήποτε ερώτηση, παρακαλούμε επικοινωνήστε με τον Οικονομικό Σύμβουλο που αναφέρεται παρακάτω.

Με Εκτίμηση,

Όνομα

Τίτλος, Τηλέφωνο



Melrose-Wakefield Hospital

Lawrence Memorial Hospital of Medford

[Επιστολή Νέας Εκτίμησης- Μερική Έκπτωση αντί για Μη Επιλέξιμος/η]

Μήνας Ημέρα, Έτος

Όνομα

Διεύθυνση

Πόλη, πολιτεία, ταχυδρομικός κώδικας

Αριθμός Λογαριασμού Ασθενούς:

Αγαπητέ/ή :

Σε συνέχεια της αρχικής μας απόφασης ότι δεν δικαιούστε οικονομικής βοήθεια στο πλαίσιο του Προγράμματος Οικονομικής Βοήθειας της Hallmark Health (το «Πρόγραμμα»). Κατόπιν αιτήματός σας, επανεξετάσαμε την αρχική μας απόφαση σχετικά με την αίτησή σας και αποφασίσαμε ότι, με βάση το εισόδημά σας, δικαιούστε, με βάση το εισόδημά σας, υπηρεσίες με μειωμένη χρέωση στο πλαίσιο του Προγράμματος.

Αποφασίσαμε ότι το εισόδημά σας είναι \_\_\_\_\_ για το μέγεθος οικογένειας \_\_\_\_\_ μελών, το οποίο επιτρέπει να πληρώσετε \_\_ της συνηθισμένης χρέωσης. Λογαριασμοί \_\_\_\_\_ που λήφθηκαν από \_\_\_\_\_ την ημερομηνία \_\_/\_\_/\_\_\_\_ μειώνονται στο \_\_\_\_\_. Θα επικοινωνήσουμε μαζί σας για να σας βοηθήσουμε να κάνετε διακανονισμό στο υπόλοιπο του λογαριασμού και θα σας στείλουμε ένα λεπτομερές τιμολόγιο κατόπιν αιτήματός σας. Λάβετε υπόψη ότι η έκπτωση στο πλαίσιο αυτού του προγράμματος δεν ισχύει για οποιαδήποτε συμμετοχή, συνασφάλιση ή ακάλυπτα ποσά που εξακολουθούν να είναι δική σας ευθύνη.

Η έγκριση ισχύει για περίοδο έξι (6) μηνών. Εάν διαφωνείτε με αυτήν την απόφαση και πιστεύετε ότι πληρείται τις προϋποθέσεις για περαιτέρω μείωση των χρεώσεών σας, επικοινωνήστε με τον Οικονομικό Σύμβουλο που αναφέρεται παρακάτω.

Με Εκτίμηση,

Όνομα

Τίτλος, Τηλέφωνο

Αρχικός 7/2017

[Επιστολή Νέας Εκτίμησης- Μερική αντί για την Αρχική Εκδοχή]

Μήνας Ημέρα, Έτος

Όνομα

Διεύθυνση

Πόλη, πολιτεία, ταχυδρομικός κώδικας

Αριθμός Λογαριασμού Ασθενούς:

Αγαπητέ/ή :

Σε συνέχεια της αρχικής μας απόφασης την \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ γράφουμε ότι δικαιούστε μόνο μειωμένη χρέωση στο πλαίσιο του Προγράμματος Οικονομικής Βοήθειας της Hallmark Health (το «Πρόγραμμα»). Κατόπιν αιτήματός σας, επανεξετάσαμε την αρχική μας απόφαση σχετικά με την αίτησή σας και αποφασίσαμε ότι, με βάση το εισόδημά σας, δικαιούστε υπηρεσίες με μερική έκπτωση στο πλαίσιο του Προγράμματος.

Όπως αναφέρεται στην αρχική επιστολή, λογαριασμοί των

\_\_\_\_\_ για υπηρεσίες που λήφθηκαν από \_\_\_\_\_ την ημερομηνία \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ μειώνονται στο \_\_\_\_\_. Θα επικοινωνήσουμε μαζί σας για να σας βοηθήσουμε να κάνετε διακανονισμό στο υπόλοιπο του

λογαριασμού και θα σας στείλουμε ένα λεπτομερές τιμολόγιο κατόπιν αιτήματος. Λάβετε υπόψη ότι η έκπτωση στο πλαίσιο αυτού του προγράμματος δεν ισχύει για οποιαδήποτε συμμετοχή, συνασφάλιση ή ακάλυπτα ποσά που εξακολουθούν να είναι δική σας ευθύνη.

Η έγκριση ισχύει για περίοδο έξι (6) μηνών. Εάν διαφωνείτε με αυτήν την απόφαση και πιστεύετε ότι πληρείται τις προϋποθέσεις για περαιτέρω μείωση των χρεώσεών σας, επικοινωνήστε με τον Οικονομικό Σύμβουλο που αναφέρεται παρακάτω

Με Εκτίμηση,

Όνομα

Τίτλος, Τηλέφωνο

Αρχικός 7/2017

[Επιστολή Νέας Εκτίμησης- Μη Επιλέξιμος/η αντί της Αρχικής Εκδοχής]

Μήνας Ημέρα, Έτος

Όνομα  
Διεύθυνση  
Πόλη, πολιτεία, ταχυδρομικός κώδικας

Αριθμός Λογαριασμού Ασθενούς:

Αγαπητέ/ή :

Σε συνέχεια της αρχικής μας απόφασης την \_\_/\_\_/\_\_\_\_ γράφουμε ότι δεν δικαιούστε βοήθεια στο πλαίσιο του Προγράμματος Οικονομικής Βοήθειας της Hallmark Health (το «Πρόγραμμα»). Κατόπιν αιτήματός σας, επανεξετάσαμε την αρχική μας απόφαση σχετικά με την αίτησή σας και αποφασίσαμε ότι, με βάση το εισόδημά σας, δεν δικαιούστε βοήθεια στο πλαίσιο του Προγράμματος.

Εάν διαφωνείτε με αυτήν την απόφαση ή θέλετε να συζητήσετε επιλογές πληρωμής, επικοινωνήστε με τον Οικονομικό Σύμβουλο που αναφέρεται παρακάτω.

Με Εκτίμηση,

Όνομα  
Τίτλος, τηλέφωνο

Αρχικός 7/2017



[Επιστολή Απόρριψης- Γενικά]

Μήνας Ημέρα, Έτος

Όνομα  
Διεύθυνση  
Πόλη, πολιτεία, ταχυδρομικός κώδικας

Αριθμός Λογαριασμού Ασθενούς:

Αγαπητέ/ή :

Σας ευχαριστούμε για την αίτηση σας για βοήθεια σχετικά με τους λογαριασμούς στο πλαίσιο του Προγράμματος Οικονομικής Βοήθειας της Hallmark (Το «Πρόγραμμα»). Ελέγξαμε την αίτησή σας και τα σχετικά δικαιολογητικά και διαπιστώσαμε ότι βάση του εισοδήματός σας, δεν δικαιούστε έκπτωση στο πλαίσιο του Προγράμματος.

Αποφασίσαμε ότι το εισόδημα σας \_\_\_\_\_ για το μέγεθος οικογένειας \_\_\_\_\_ μελών, είναι μεγαλύτερο από το όριο.

Εάν διαφωνείτε με αυτήν την απόφαση ή άλλαξε προσφάτως η κατάσταση σας, είμαστε χαρούμενοι να επανεξετάσουμε την αίτηση σας δεδομένου ότι έχετε να δώσετε καινούριες πληροφορίες. Εάν έχετε οποιαδήποτε ερώτηση, παρακαλούμε επικοινωνήστε με τον Οικονομικό Σύμβουλο που αναφέρεται παρακάτω.

Με Εκτίμηση

Όνομα  
Τίτλος, Τηλέφωνο

[Επιστολή Απόρριψης- Ελλιπής Αίτηση]

Μήνας Ημέρα, Έτος

Όνομα  
Διεύθυνση  
Πόλη, πολιτεία, ταχυδρομικός κώδικας

Αριθμός Λογαριασμού Ασθενούς:

Αγαπητέ/ή :

Σας ευχαριστούμε για την αίτηση σας για βοήθεια σχετικά με τους λογαριασμούς στο πλαίσιο του Προγράμματος Οικονομικής Βοήθειας της Hallmark Health που συμπληρώσατε την ημερομηνία \_\_/\_\_/\_\_\_\_. Μέχρι και την σημερινή ημερομηνία δεν λάβαμε τα απαραίτητα δικαιολογητικά για να επεξεργαστούμε την αίτηση σας και, ως εκ τούτου, απορρίπτουμε την αίτηση σας για βοήθεια.

Μόλις συγκεντρώσετε τα απαραίτητα δικαιολογητικά, σας ενθαρρύνουμε να υποβάλλετε νέα αίτηση για οικονομική βοήθεια. Εάν έχετε ερωτήσεις, παρακαλούμε επικοινωνήστε με τον Οικονομικό Σύμβουλο που αναφέρεται παρακάτω.

Με Εκτίμηση,

Όνομα  
Τίτλος, Τηλέφωνο

[Επιστολή Απόρριψης- Μη Επιλεξιμότητα για Υπηρεσίες]

Μήνας Ημέρα, Έτος

Όνομα  
Διεύθυνση  
Πόλη, Πολιτεία, ταχυδρομικός κώδικας

Αριθμός Λογαριασμού Ασθενούς:

Αγαπητέ/ή :

Σας ευχαριστούμε για την αίτηση σας για βοήθεια σχετικά με τους λογαριασμούς στο πλαίσιο του Προγράμματος Οικονομικής Βοήθειας της Hallmark Health που συμπληρώσατε την ημερομηνία \_\_/\_\_/\_\_. Λυπούμαστε να σας ενημερώσουμε ότι οι υπηρεσίες που λάβατε την ημερομηνία \_\_/\_\_/\_\_ θεωρούνται μη ιατρικά αναγκαίες και ως εκ τούτου δεν είναι επιλέξιμες για οικονομική βοήθεια στο πλαίσιο του Προγράμματος. Παρακαλούμε στείλτε άμεσα την πληρωμή σας για να αποφευχθούν περαιτέρω ενέργειες είσπραξης.

Εάν διαφωνείτε με την απόφαση ή έχετε ερωτήσεις, παρακαλούμε επικοινωνήστε με τον Οικονομικό Σύμβουλο που αναφέρεται παρακάτω.

Με Εκτίμηση,

Όνομα  
Τίτλος, Τηλέφωνο