

# Politica di Assistenza Finanziaria

Hallmark Health System

## Politica di Assistenza Finanziaria dell'Hallmark Health

### Sommario

I.	Scopo.....	2
II.	Definizioni.....	2
III.	Disposizioni Generali.....	2
a.	Enti Partecipanti .....	2
b.	I Pazienti dell'Hallmark Health Non Assicurati e Sottoassicurati sono definiti come: .....	2
c.	Responsabilità del Paziente:.....	3
d.	Assistenza Finanziaria e Consulenza dell'Hallmark Health:.....	3
IV.	Programmi di Sconto per il Paziente dell'Hallmark Health .....	3
a.	L'Hallmark Health offre i seguenti programmi di sconto per il paziente:.....	3
b.	Domanda e Processo di Selezione: .....	4
c.	Approvazione per l'Assicurazione: .....	4
d.	Limitazioni dei Redditi dei Pazienti: .....	4
e.	Servizi Idonei:.....	4
f.	Esclusioni: .....	4
g.	Sconto per il Paziente con Basso Reddito dell'Hallmark Health:.....	4
h.	Sconto per le Difficoltà Mediche dell'Hallmark Health: .....	5
i.	Politica di Sconto dell'Hallmark Health per il Paziente Non Assicurato e Sottoassicurato: .....	5
j.	Fondamenti per il Calcolo degli Importi Caricati ai Pazienti: .....	5
V.	Piano di Pagamento.....	5
VI.	Mancato Pagamento.....	6
VII.	Pubblicazione e Diffusione del FAP.....	6
a.	Le informazioni riguardo i Consulenti Finanziari dell'Hallmark Health, che offrono consulenza e assistenza finanziaria, e le informazioni sulla Politica di Assistenza Finanziaria, possono essere trovate online su <a href="https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing.html">https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing.html</a> .....	6
b.	Pubblicazione su Internet.....	6
c.	L'Ospedale afferma ampiamente la disponibilità di assistenza finanziaria, seguendo questa politica, nei seguenti modi: .....	6
VIII.	Altre Disposizioni: .....	7
a.	Insolvenza del Medicare: .....	7
b.	Valutazione Caso per Caso:.....	7
IX.	Approvazione del Consiglio .....	7

## Politica di Assistenza Finanziaria dell'Hallmark Health

### I. Scopo

L'Hallmark Health (Sistema Sanitario Hallmark), comunemente denominato "Ospedale", nella sua politica, si impegna a fornire servizi di assistenza sanitaria di qualità alla comunità. L'Ospedale fornisce i servizi medici necessari a tutti i pazienti indipendentemente dalla loro capacità di pagamento. L'Ospedale, nel fornire i suoi servizi, non effettuerà discriminazioni in base alla razza, al colore, all'origine nazionale, alla cittadinanza, alla religione, al credo, al genere sessuale, all'orientamento sessuale, all'identità di genere, all'età, alla disabilità, all'abuso di sostanze, allo stato socioeconomico, alla mancanza di assicurazione o all'aspetto fisico. Al fine di fornire servizi di alta qualità e sostenere le esigenze della sua comunità, l'Hallmark Health deve mantenere una base finanziaria valida che includa la raccolta tempestiva della sua fatturazione.

L'Hallmark Health riconosce che alcuni pazienti dispongono di mezzi limitati e potrebbero non avere accesso alla copertura assicurativa per tutti i servizi. Questa politica è stata sviluppata per informare i pazienti non assicurati e sottoassicurati e con risorse finanziarie limitate in merito ai vari programmi di assistenza finanziaria che potrebbero essere disponibili.

I pazienti che dispongono dei mezzi dovrebbero pagare per i servizi forniti dall'Hallmark Health. Questa politica presuppone che i pazienti che hanno accesso a un'assicurazione a prezzi accessibili vi faranno richiesta e manterranno la loro copertura. I programmi di assistenza finanziaria dell'Hallmark Health sono destinati principalmente a servire i pazienti che non dispongono di un'assicurazione sanitaria da fonti pubbliche (ad esempio, Medicare o Medicaid) o private (ad esempio Blue Cross Blue Shield, Harvard Pilgrim, ecc.) e hanno un bisogno finanziario non soddisfatto. Se si risponde a determinati requisiti, possono essere disponibili sconti sanitari dell'Hallmark Health per i pazienti con provate necessità finanziarie dovute sia dal reddito limitato o se le loro fatture mediche costituiscono una parte eccessiva del loro reddito.

### II. Definizioni

*Servizi di Emergenza:* servizi medici necessari dopo la manifestazione di una condizione medica, sia fisica che mentale, con sintomi di sufficiente gravità, incluso dolore acuto, per i quali l'assenza di un'attenzione medica tempestiva, che un laico prudente che possiede una conoscenza della salute e della medicina ragionevolmente si aspetta, può apportare gravi pericoli alla salute della persona o di un'altra, gravi lesioni alla funzione corporea o disfunzioni gravi di qualsiasi organo o parte del corpo o nei riguardi di una donna in gravidanza, come definito in precedenza nel 42 U.S.C. § 1395dd (e)(1)(B). Vengono qualificati come Servizi di Emergenza un esame di screening medico e qualsiasi trattamento stabilizzante per una condizione medica di emergenza, e inoltre, ma non limitati ad essi, le cure mediche ospedaliere o qualsiasi altro tipo di servizio reso necessario dall'Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA) (42 U.S.C. § 1395 (dd)).

*Servizi Urgenti:* servizi medici necessari dopo la manifestazione improvvisa di una condizione medica, sia fisica che mentale, con sintomi acuti di sufficiente gravità (compreso dolore acuto), per i quali una persona laica potrebbe immaginare che l'assenza di assistenza medica entro le 24 ore comprometterebbe la salute del paziente, la funzionalità corporea o la disfunzione di qualsiasi organo o parte del corpo. I servizi urgenti vengono forniti per condizioni che non sono potenzialmente fatali e non costituiscono un elevato rischio di gravi danni alla salute di un individuo.

*Servizi Medici Necessari di Non Emergenza e di Non Urgenza:* servizi che non vanno sotto la definizione di servizi di emergenza o urgenti ma hanno comunque una necessità medica. Il paziente, in genere, ma non esclusivamente, pianifica questi servizi in anticipo.

*Servizi Necessari Non Medici:* una procedura, un test o un servizio che non influisce sulla qualità della salute o che non richiede un'assistenza urgente o di emergenza.

### III. Disposizioni Generali

#### a. Enti Partecipanti

Questa norma si applica ai servizi erogati e fatturati dall'Ospedale presso le sedi indicate nell'Appendice A - Sedi Hallmark Health, Enti Partecipanti. Questa politica non si applica ai servizi erogati e fatturati dalle entità elencate nell'Appendice B- Elenco Fornitori Affiliati dell'Hallmark Health, Enti Non Partecipanti anche nel caso in cui tali servizi possano essere resi nelle sedi ospedaliere indicate nell'Appendice A.

#### b. I Pazienti dell'Hallmark Health Non Assicurati e Sottoassicurati Sono Definiti Come:

1. Pazienti senza un'assicurazione sanitaria ("non assicurati");
2. Pazienti la cui unica "assicurazione" è la Massachusetts Health Safety Net;

## Politica di Assistenza Finanziaria dell'Hallmark Health

3. Pazienti che presentano rimanenze derivanti da benefici "esauriti" secondo il loro piano assicurativo; o
4. Pazienti le cui rimanenze risultano da servizi "non coperti" in cui l'assicurazione ha determinato che il paziente è pienamente responsabile delle spese associate ai servizi esclusi. Ciò comprende i servizi in cui l'assicuratore ha negato la copertura a causa della limitazione della rete assicurativa.

### c. Responsabilità del Paziente:

i. Il paziente ha una serie di responsabilità da soddisfare per poter beneficiare dell'assistenza ospedaliera che segue questa politica, tra cui:

1. Obbligo di ottenere e mantenere la copertura assicurativa, se è disponibile una copertura a prezzi accessibili;
2. Obbligo di presentare domanda per qualsiasi programma assicurativo sponsorizzato dal governo di cui possa beneficiare;
3. Obbligo di presentare tempestivamente tutta la documentazione richiesta in merito al reddito, al patrimonio, all'identità e alla residenza necessaria per iscriversi alla copertura statale e/o per completare la domanda di assistenza finanziaria dell'Hallmark Health;
4. Obbligo di mantenere l'Ospedale al corrente delle attuali informazioni demografiche e assicurative; e
5. Obbligo di pagare tutte le rimanenze secondo i tempi stabiliti.

### d. Assistenza Finanziaria e Consulenza dell'Hallmark Health:

i. I Coordinatori Assicurativi riesaminano in modo proattivo i pazienti non assicurati e sottoassicurati per il servizio e si mettono d'accordo con i pazienti e i Consulenti Finanziari dell'Hallmark Health per prenotare appuntamenti per discutere le opzioni di assistenza finanziaria.

ii. I pazienti fanno inoltre riferimento ai Consulenti Finanziari dei dipartimenti dell'Hallmark Health.

iii. I Consulenti Finanziari selezionano i pazienti per l'ammissione alla copertura assicurativa pubblica e/o privata.

1. L'Hallmark Health seleziona i pazienti per i programmi federali e statali. Per essere ammessi agli sconti in base a questa politica, si può chiedere ai pazienti di fare richiesta a una varietà di programmi statali e federali, compresi ma non limitati a, quelli del MassHealth e/o del Medicare.

2. Se il paziente soddisfa le linee guida di idoneità pubbliche, i Consulenti Finanziari consigliano il paziente durante il processo di presentazione della domanda e lo aiutano quando possibile.

3. Se il paziente non rispetta le linee guida di idoneità pubbliche (cioè, in base alla loro soglia di povertà federale ("FPL"), allo status di immigrazione ecc.) è escluso da qualsiasi programma pubblico disponibile oppure, se il programma pubblico non coprirà pienamente i costi del paziente, i Consulenti Finanziari consiglieranno le opzioni di copertura privata e analizzeranno il paziente per la sua ammissione al Programma di Sconto per l'Assistenza Finanziaria dell'Hallmark Health (Sezione IV).

## IV. Programmi di Sconto per il Paziente dell'Hallmark Health

a. L'Hallmark Health offre i seguenti programmi di sconto per il paziente:

- i. Sconto Paziente con Basso Reddito, come determinato dalle soglie Hallmark Health FPL (Sezione IV (g)).
- ii. Sconto per Difficoltà Mediche, come determinato dalle soglie dell'Hallmark Health (Sezione IV (h)).
- iii. Sconto per i Non Assicurati e Sottoassicurati (Sezione IV (i)).

Gli sconti di questi programmi possono essere concessi per tutti i bilanci a responsabilità del paziente che soddisfino le soglie determinate dall'Hallmark Health nell'Appendice C - Sconti per l'Assistenza Finanziaria dell'Hallmark Health, esclusi i co-pagamenti dei pazienti, le spese deducibili e la co-assicurazione. Se i pazienti si qualificano per più programmi di sconto, verrà assegnato loro il programma con lo sconto più alto.

Gli sconti non saranno basati su alcuna relazione che il paziente o la sua famiglia possano avere con qualsiasi dipendente dell'Ospedale o membro dell'organo direttivo. Gli sconti non verranno estesi in base a nessuna considerazione di "cortesia professionale" per un medico o per la sua famiglia. Gli sconti non saranno offerti ai pazienti per indurli a ricevere servizi o per legarli in qualche modo ad attività pagabili da un programma sanitario federale e non saranno rimborsati per il denaro usato per oggetti o servizi forniti dall'Ospedale, o altre entità dell'Hallmark Health (inclusi sconti al negozio di souvenir, caffetteria, ecc.).

## Politica di Assistenza Finanziaria dell'Hallmark Health

### b. Domanda e Processo di Selezione:

- i. I pazienti devono presentare una Domanda di Assistenza Finanziaria dell'Hallmark Health (Appendice D) completata insieme alla necessaria documentazione di supporto, per poter essere presi in considerazione per l'assistenza. La documentazione necessaria può includere, ma non è limitata a, la prova di: (1) reddito familiare annuo (stipendio, registro dei pagamenti previdenziali e lettera del datore di lavoro, dichiarazioni fiscali o dichiarazioni bancarie), (2) cittadinanza e identità, (3) status di immigrazione per i non cittadini (se applicabile), (4) beni degli individui che hanno 65 anni e oltre, e (5) informazioni sull'assicurazione, comprese le coperture e le limitazioni di rete. Tutti i documenti devono essere presentati entro 30 giorni dalla data di presentazione iniziale della domanda, in modo che l'Ospedale possa considerare tale richiesta.
- ii. Le domande confidenziali possono essere presentate all'Ospedale per minori e persone abusate. Tali individui devono contattare i Consulenti Finanziari.
- iii. L'Hallmark Health non considera precedenti condizioni del paziente per l'idoneità all'assistenza finanziaria.
- iv. L'Hallmark Health si riserva il diritto di riesaminare la validità degli sconti ogni sei mesi.

### c. Approvazione per l'Assicurazione:

- i. L'Ospedale informerà i pazienti per iscritto in merito alle determinazioni di idoneità per il Programma dell'Hallmark Health. Fare riferimento all'Appendice E- Notificazioni di Determinazione di Idoneità al Programma dell'Hallmark Health.
- ii. L'Ospedale si riserva il diritto di negare le candidature se non viene correttamente ricevuta la documentazione di supporto.
- iii. Le richieste di determinazione di idoneità al programma possono essere riesaminate se un richiedente fornisce all'Ospedale nuove informazioni.

### d. Limitazioni dei Redditi dei Pazienti:

- i. Per i residenti negli Stati Uniti, i FPL più recenti pubblicati per il reddito totale della famiglia saranno utilizzati come determinanti primari per gli sconti descritti nella Sezione IV (g) e nella Sezione IV (h).
- ii. I residenti non statunitensi e i residenti statunitensi che soddisfano i requisiti della Sezione III (c) di questa politica, ma che non soddisfano i criteri di qualificazione FPL possono avere diritto allo sconto dei Non Assicurati e Sottoassicurati come descritto nella Sezione IV (i).
- iii. Tutti i pazienti che soddisfano i requisiti della Sezione III (c) di questa politica possono beneficiare di un sconto dell'Hallmark Health come descritto nella Sezione IV (h) qui di seguito.

### e. Servizi Idonei:

- i. Questa politica è generalmente limitata ai servizi medici necessari forniti e fatturati dall'Hallmark Health, tra cui:
  1. Servizi di Emergenza:
  2. Servizi Urgenti; e
  3. Servizi di Non Emergenza e Non Urgenti.

### f. Esclusioni:

- i. L'Hallmark Health non fornisce assistenza finanziaria per i servizi non medici necessari in quanto tali servizi sono determinati dal medico curante. Esempi di servizi non idonei per l'assistenza finanziaria dell'Ospedale includono, ma non sono limitati a: servizi non medici (ad esempio, chirurgia estetica, ricerca, o altro). La determinazione di quali servizi siano considerati idonei, ai fini di questa politica, è ambito esclusivo dell'Ospedale.
- ii. L'Hallmark Health non fornisce generalmente sconti ai pazienti per i servizi non urgenti e di non emergenza per cui il paziente ha previsto la necessità della cura e che si sia presentato all'Hallmark Health dall'esterno dell'area di servizio per ricevere assistenza quando i servizi sono offerti all'interno dell'area di servizio del paziente.
- iii. I co-pagamenti dei pazienti, le spese deducibili e le co-assicurazioni sono esclusi dalla copertura in base a questa politica.

### g. Sconto per il Paziente con Basso Reddito dell'Hallmark Health:

- i. Per i residenti degli Stati Uniti, gli FPL più recenti pubblicati per il reddito totale della famiglia saranno utilizzati come determinanti primari. Gli sconti basati esclusivamente sul reddito sono generalmente limitati ai pazienti con soglie di reddito familiare inferiori al 301% dell'FPL.

- ii. Ai pazienti che soddisfano questa soglia verrà offerto uno sconto pari o superiore all'importo generalmente fissato (AGB) come indicato nella Sezione IV (j), qui di seguito.
- iii. La determinazione per questo sconto è di responsabilità dell'Hallmark Health.
- iv. Fare riferimento all'Appendice C e all'Appendice D per ulteriori dettagli.

h. Sconto per le Difficoltà Mediche dell'Hallmark Health:

- i. I pazienti che non soddisfano i requisiti della soglia FPL necessari per ottenere il permesso di sconto dell'Hallmark Health per i pazienti con basso reddito possono ancora beneficiare di uno sconto se possono dimostrare che le loro spese mediche superano il 20% del loro reddito familiare. Le spese devono aver luogo entro i 12 mesi precedenti e sono limitate a quelle spese che potenzialmente potrebbero essere qualificate come spese mediche ai sensi delle norme dell'Internal Revenue Service.
- ii. La determinazione per questo sconto è di responsabilità dell'Hallmark Health.
- iii. Fare riferimento all'Appendice C e all'Appendice D per ulteriori dettagli.

i. Politica di Sconto dell'Hallmark Health per il Paziente Non Assicurato e Sottoassicurato:

- i. L'Hallmark Health offrirà uno sconto ai pazienti di tutti i livelli di reddito indipendentemente dalla residenza che soddisfano le qualifiche di "Pazienti Non Assicurati e Sottoassicurati" elencati nella Sezione III (b), che soddisfano le responsabilità del paziente di cui alla Sezione III (c) e che compilano la Domanda di Assistenza Finanziaria dell'Hallmark Health.
- ii. Tutti i pazienti senza assicurazione e sottoassicurati che soddisfano le condizioni del presente criterio possono beneficiare di uno sconto fino al 40% sui servizi idonei se il pagamento è stato ricevuto o, se è previsto un piano di pagamento, entro 30 giorni dalla fattura iniziale.
  - 1. Per i servizi di non emergenza e non urgenti, il pagamento deve essere effettuato integralmente e deve essere accettato un piano di pagamento prima della consegna del servizio. Se le spese effettive superano la stima, il paziente deve pagare qualsiasi somma aggiuntiva dovuta entro 30 giorni dalla fattura iniziale.
    - a. Se le spese aggiuntive non vengono pagate tempestivamente, l'intero accordo di sconto verrà invertito e al paziente verranno addebitate tutte le spese.
  - 2. Per i servizi di emergenza o urgenti, il pagamento deve essere effettuato o deve essere accettato un piano di pagamento entro 30 giorni dalla data di fattura iniziale.
- iii. Nel valutare se accordare uno sconto sotto questa politica, l'Hallmark Health può prendere in considerazione se un paziente è al corrente di tutti i saldi in sospeso.

j. Fondamenti per il Calcolo degli Importi Caricati ai Pazienti:

- i. A seguito della determinazione dell'idoneità del paziente ai programmi di sconto di cui alla Sezione IV (g) o alla Sezione IV (h), un paziente non verrà addebitato per i servizi idonei rispetto all'importo generalmente fissato ("AGB") dall'Ospedale .
- ii. L'Hallmark Health determina l'AGB dividendo innanzitutto i pagamenti totali con i costi totali per tutti i piani commerciali, il Medicare fee-for-service (FFS) e il piano Medicare Managed Care nell'aggregato dell'anno fiscale precedente per determinarne il pagamento sul fatturato (PAF). Questo è generalmente fatto in ottobre quando sono disponibili dati più precisi dei piani sanitari. Lo sconto dell'Hallmark per il paziente con basso reddito è uguale all'inverso del PAF dell'anno precedente, che è l'AGB.
- iii. Ad esempio, per calcolare l'AGB:
  - 1. Totale pagamenti da piani commerciali, Medicare FFS e Medicare Managed Care: 150 dollari
  - 2. Totale Spese per piani commerciali, Medicare FFS e Medicare Managed Care: 350 dollari
  - 3. PAF: 42,28%
  - 4. Sconto AGB dell'Hallmark Health per Pazienti con Basso Reddito: 57,72%
- iv. Lo sconto Hallmark per il paziente con basso reddito, che è l'AGB, effettivo al 1/10/2016 è al 57,72%. Questo è stato determinato dalle richieste di pagamento dei piani commerciali, Medicare FFS e Medicare Managed Care per il periodo che va dal 1/10/2015 al 30/9/2016.

## V. Piano di Pagamento

I piani di pagamento senza interessi per i servizi idonei saranno offerti a tutti i pazienti che soddisfano i criteri di cui alla Sezione III (c). L'accettazione definitiva di un piano di pagamento è soggetta ad una completa revisione dello status del paziente e della storia del suo pagamento.

L'Hallmark Health elaborerà tutti i piani di pagamento dei pazienti. I piani di pagamento sono monitorati da un fornitore esterno. La conformità completa del paziente è prevista se è stato concordato un piano di pagamento. Se un paziente manca di due pagamenti consecutivi, il piano di pagamento viene terminato e l'Ospedale può collocarlo sotto la voce Mancato Pagamento in conformità alle procedure e alle protezioni specificate nella Politica di Credito e Riscossione dell'Ospedale (disponibile all'indirizzo <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>). Al momento della notifica da parte del paziente di differenti circostanze finanziarie, l'Ospedale può riesaminare l'obbligo di pagamento del paziente.

- a. I pazienti che sono stati qualificati come pazienti a basso reddito o che rispondono a difficoltà mediche secondo il programma del Massachusetts Health Safety Net, non sono tenuti a soddisfare i criteri di cui alla Sezione III (c) prima che l'Ospedale offra un piano di pagamento. Per i pazienti a basso reddito o con difficoltà mediche aventi un saldo di \$1.000 o minore, tale piano di pagamento deve essere quantomeno un piano annuale e senza interessi con un pagamento minimo di non più di 25 dollari al mese. Per i pazienti con basso reddito o con difficoltà mediche con un saldo di \$1.000 o più, tale piano di pagamento deve essere quantomeno un piano biennale senza interessi.

### VI. Mancato Pagamento

L'Ospedale mantiene una politica separata per il Credito e la Riscossione che affronta quelle azioni che l'Ospedale può assumere in caso di mancato pagamento e include un elenco di pazienti che possono essere protetti dalle leggi statali da qualsiasi azione di riscossione. Prima di intraprendere azioni di riscossione straordinaria secondo tale politica, l'Ospedale farà uno sforzo adeguato per qualificare un paziente per l'assistenza finanziaria in base a questa politica informandolo per iscritto sui programmi di assistenza disponibili e aiutando tali individui con il completamento della Domanda di Assistenza Finanziaria dell'Hallmark Health. La Politica di Credito e Riscossione dell'Ospedale è disponibile per il pubblico sul sito Web dell'Ospedale all'indirizzo <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>.

### VII. Pubblicazione e Diffusione del FAP

- a. Le informazioni riguardo i Consulenti Finanziari dell'Hallmark Health, che offrono consulenza e assistenza finanziaria, e le informazioni sulla Politica di Assistenza Finanziaria, possono essere trovate online su <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing.html>.
  - i. Per prenotare un appuntamento con un Consulente Finanziario per telefono, puoi chiamare il 781-338-7111.
  - ii. I Consulenti Finanziari dell'Hallmark Health si trovano nelle seguenti sedi Hallmark:
    1. Melrose-Wakefield Hospital, Primo Piano vicino all'entrata della Porter Street, 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
    2. Lawrence Memorial Hospital, accanto al Dipartimento di Emergenza, 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155.
- b. Pubblicazione su Internet
  - i. Oltre ad essere disponibile tramite i Consulenti Finanziari dell'Hallmark Health, la Politica di Assistenza Finanziaria, i Moduli di Domanda e un Riepilogo sono disponibili all'indirizzo: <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>.
    1. Puoi anche accedere a questo sito web dalla homepage dell'Hallmark Health (<https://www.hallmarkhealth.org/>) selezionando Paziente / Visitatore → Consulenza Finanziaria e Fatturazione → Politiche di Assistenza Finanziaria.
    2. Il sito web comprende i modi in cui i pazienti possono richiedere assistenza all'Ospedale, incluso un elenco di sedi per la Consulenza Finanziaria e un numero di telefono centrale per prenotare un appuntamento con un consulente finanziario. Il sito informa i pazienti riguardo al fatto che i moduli di domanda e di assistenza finanziaria sono gratuiti.
- c. L'Ospedale afferma ampiamente la disponibilità di assistenza finanziaria, seguendo questa politica, nei seguenti modi:
  - i. Una grande segnaletica (8x 14) è pubblicata in tutte le porte di ingresso e in altre aree ad alto traffico, tra cui il Dipartimento di Emergenza, il Coordinamento Finanziario e il Servizio Clienti.

- ii. Gli opuscoli che indicano la disponibilità delle opzioni di assistenza finanziaria dell'Hallmark Health sono presenti nel Dipartimento di Emergenza e nelle aree di ammissione.
- iii. Il sommario del FAP è disponibile per i pazienti come parte del processo di ammissione e rilascio dell'Ospedale.
- iv. Copie della politica del FAP, della domanda e del riepilogo dell'Ospedale vengono messe a disposizione dei pazienti che ne richiedono una copia, in persona, o per posta e per qualsiasi paziente che abbia domande specifiche.
- v. I materiali, compresa la politica, il modulo di domanda e il riepilogo, sono disponibili in inglese, cinese, spagnolo, vietnamita, portoghese, russo, greco, hindi, italiano, creolo e arabo.
- vi. Il personale del programma comunitario ospedaliero è istruito sul FAP e viene istruito per informare i componenti della comunità in merito alla disponibilità di assistenza finanziaria dell'Hallmark Health.

#### VIII. Altre Disposizioni:

##### a. Insolvenza del Medicare:

i. Questa politica può anche essere utilizzata per verificare l'indigenza di un paziente allo scopo di qualificare le rimanenze derivanti da una co-assicurazione o da spese deducibili dai servizi coperti dal Medicare dove è applicabile l'Insolvenza del Medicare. I fattori determinanti saranno il reddito corrente del paziente sui livelli dei beni riportati. Per qualificarsi, il paziente deve avere un reddito inferiore al 201% dell'FPL e un patrimonio inferiore a \$10.000 per il primo membro della famiglia, con un ulteriore \$3.000 consentito per ogni membro della famiglia aggiuntivo. Le determinazioni dei beni non includeranno mai la residenza primaria o l'automobile primaria. Il completamento da parte del paziente della Domanda di Assistenza Finanziaria dell'Hallmark Health sarà una prova del fatto che il paziente ha non è in grado di utilizzare i beni per pagare i saldi in sospeso.

##### b. Valutazione Caso per Caso:

- i. I pazienti sono incoraggiati a riportare le loro situazioni finanziarie all'attenzione dei Consulenti Finanziari o sul conto del paziente. L'Hallmark Health può estendere gli sconti al di là delle disposizioni di questa politica in base al singolo caso per riconoscere i casi unici di difficoltà finanziarie.
- ii. Gli sconti esistenti che vanno oltre questa politica possono essere seguiti con l'approvazione del CFO Ospedaliero.

#### IX. Approvazione del Consiglio

Il FAP dell'Hallmark Health è stato approvato dall'Hallmark Health Board of Trustees il 27 Luglio 2017.



## Appendice A– Sedi dell'Hallmark Health, Enti Partecipanti

Questa Politica di Assistenza Finanziaria si applica ai servizi forniti e fatturati dall'Hallmark Health nelle seguenti sedi:

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, 3°, 4°, e 5° Piano, Stoneham, MA 02180.
4. Hallmark Health al 101 Main, 101 Main Street, Medford, MA 02155
  - a. Lawrence Memorial Hospital Rehabilitation Services, Stanza 105 e 106.
  - b. Community Counseling Services, Stanza 112.
  - c. Lawrence Memorial Medical Services, Stanza 113, 114, e 116.
  - d. Family Medical Associates, Stanza 213, 214, e 215.
5. Community Counseling Center, Malden Family Health Center, 178 Savin Street, 2° Piano, Malden, MA 02148.
6. Health Image Women's Imaging Center, 830 Main Street, 3° Piano, 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.
  - a. Reading Urgent Care Center, 30 Newcrossing Road, Reading, MA 01867.
9. Melrose-Wakefield Hospital Rehabilitation Services, 22 Corey Street, Melrose, MA 02176.

## Appendice B: Elenco Fornitori Affiliati dell'Hallmark Health, Enti Non Partecipanti

Ognuno di questi fornitori o gruppi di fornitori offre servizi in una sede ospedaliera, tuttavia le loro fatture e spese non sono coperte dalla Politica di Assistenza Finanziaria dell'Hallmark Health ("FAP"). Il FAP dell'Hallmark Health esclude i servizi forniti e fatturati per i seguenti soggetti associati all'Hallmark Health:

1. Organizzazione dei Medici Sanitari dell'Hallmark, Collaboratori Sanitari dell'Hallmark Health.
2. Patologia Hallmark, P.C.
3. Collaboratori di Radiologia dell'Hallmark, P.C.
4. I dipartimenti dove un paziente può essere visto da un fornitore non coperto da FAP sono: Cardiologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Radiologia/Ematologia/Oncologia, Malattie Infettive, Medicina Interna, Ginecologia, Nefrologia, Podologia, Pneumologia, Reumatologia, Medicina del Sonno, Chirurgia, Urologia, Cura delle Ferite.
5. Dottori di Emergenza del Melrose-Wakefield, Inc.
  - a. I medici del Dipartimento di Emergenza dell'Hallmark Health si trovano presso il Lawrence Memorial Hospital alla 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155 e nel Melrose-Wakefield Hospital alla 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
  - b. I medici presso gli Urgent Care Center del Sistema Sanitario Hallmark, situati alla 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155 e 30 New Crossing Road, Reading, MA 01867.
6. Collaboratori sanitari dell'Ospedale (Team Sanitario).
  - a. I Medici Ospedalieri dell'Hallmark Health si trovano presso il Lawrence Memorial Hospital alla 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155 e il Melrose-Wakefield Hospital alla 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
7. Anestesia.
8. Collaboratori di Cardiologia Mystic, Inc., tra cui il dottor Conway, il Dr. Pladziewicz e il dott. Samenuk.
9. Gruppo Medico Mystic, tra cui il dottor Weinstein.
10. Litotripsia UMS New England.
11. Collaboratori di Cardiologia del Middlesex, Inc.
12. Organizzazione dei Medici Tufts Medical Center, Inc. (conosciuta come New England Health Care Foundation, Inc.)
13. Eliot.
14. Pediatria.
15. Assistenza Domiciliare Regionale.

Tutti i medici e le organizzazioni mediche associate all'Hallmark Health, inclusi i fornitori di cui sopra, sono incoraggiati, ma non obbligati, a seguire la politica di assistenza finanziaria dell'Hallmark Health.

**Appendice C: Sconti per l'Assistenza Finanziaria dell'Hallmark Health**

<b>Dimensione della Famiglia</b>	<b>100% di FPL</b>	<b>Fino al 150% di FPL</b>	<b>Fino al 300% di FPL</b>	<b>Superiore al 301% di FPL</b>
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
Ciascuna Persona > 8	\$4,180	\$6,270	\$12,540	\$12,541
<b>Sconto</b>		100%	58%	40%
<b>Pagamento Previsto per il Paziente</b>		0%	42%	60%

L'FPL è definita come la Soglia di Povertà Federale, pubblicata nel gennaio 2017, come determinato dal Registro Federale

## DOCUMENTO D



Melrose-Wakefield Hospital  
Lawrence Memorial Hospital of Medford

### Domanda di Assistenza Finanziaria

L'Hallmark Health è orgoglioso di fornire la migliore cura ad ogni paziente. Hallmark Health offre assistenza finanziaria tramite la sua Politica di Assistenza Finanziaria per i pazienti che non sono in grado di pagare l'assistenza di emergenza o le necessità mediche. L'Assistenza Finanziaria dell'Hallmark Health non è destinata a coprire le cure di non emergenza e non urgenti. Non è prevista la concessione di sconti sui co-pagamenti di assicurazione, sulla co-assicurazione o sulle spese deducibili.

I pazienti che dispongono dei mezzi dovrebbero pagare per i servizi ricevuti dall'Hallmark Health. Tuttavia, l'idoneità per l'assistenza finanziaria è a disposizione di tutti. I pazienti sono fortemente incoraggiati a fare richiesta di tutti i programmi di assistenza governativa disponibili, come il MassHealth o l'Health Safety Net, prima di fare richiesta per il Programma di Assistenza Finanziaria dell'Hallmark Health. La mancata domanda di un programma di assistenza per il quale potresti essere potenzialmente qualificato potrebbe comportare un ritardo o un diniego della domanda. Se hai bisogno di aiuto per fare richiesta ai programmi di assistenza governativa, uno dei nostri Consulenti Finanziari dell'Hallmark Health potrà aiutarti.

La tua idoneità per i programmi di assistenza finanziaria dipende dalla compilazione completa ed accurata della seguente Domanda di Assistenza Finanziaria.

#### Istruzioni per la Domanda

Si prega di completare la Domanda di Assistenza Finanziaria e di includere le copie dei seguenti documenti per tutte le candidature. La mancata restituzione di tutti i documenti necessari entro 30 giorni comporterà il rifiuto della domanda. Si prega di allegare le copie di tutti i documenti presentati poiché purtroppo non possono essere restituiti.

- Completa tutte le sezioni idonee per la domanda e assicurati di firmare la dichiarazione giurata presente a pagina 4.
- Includi una copia della patente di guida, altre foto di identificazione o documenti che verificano la tua residenza attuale. Qualsiasi cosa presentata deve includere il tuo nome e l'indirizzo corrente.
- Includi una copia della carta di assicurazione.
- Includi una forma di verifica del reddito:
  - Includi una copia della o delle tue ultime dichiarazioni dei redditi o delle buste paga (4 se pagate settimanalmente, 2 se pagate ogni due settimane)
  - Se vi è stato un cambiamento recente del reddito, includi la documentazione come la dichiarazione di disoccupazione, le dichiarazioni bancarie/investimenti, le dichiarazioni di assistenza a lungo termine, i rendiconti pensionistici e/o le dichiarazioni sulla previdenza sociale.
- Se il paziente è deceduto, si prega di fornire una copia del certificato di morte e una lettera indicante lo status dell'eredità.

#### Consulenti Finanziari:

Per ottenere assistenza nel completamento della tua candidatura contatta il **781-338-7111** per prenotare un appuntamento con uno dei Consulenti Finanziari dell'Hallmark Health. I Consulenti Finanziari si trovano presso: il Melrose-Wakefield Hospital, 585 Lebanon Street, 1° piano vicino l'ingresso della Porter Street, il Melrose o il Lawrence Memorial Hospital, 170 Governors Avenue, nei pressi del Dipartimento di Emergenza, Medford.

#### Si Prega di Inviare la tua Domanda Compilata a:

Hallmark Health  
Financial Counselors  
170 Governors Avenue  
Medford, MA 02155

Parte 1: Informazioni del Paziente		
Nome del Paziente:		
Data di nascita del Paziente:	Tessera Sanitaria del Paziente:	Telefono:
Indirizzo attuale:		
Città:	Stato:	Codice Postale:
Sei un cittadino degli Stati Uniti? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Se NO, risiedi permanentemente e legalmente negli Stati Uniti? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Informazioni del Richiedente (se differenti da quelle del Paziente di cui sopra)		
Il richiedente è sia il paziente che la <b>persona finanziariamente responsabile per il paziente.</b>		
Nome del Richiedente:		
Indirizzo attuale del Richiedente:		
Città:	Stato:	Codice Postale:
Telefono del Richiedente:		
Informazioni sul Nucleo Familiare del Paziente		
Lista di tutti i membri familiari, la loro data di nascita e le relazioni con il richiedente. Un membro della famiglia è una persona che è correlata alla tua vita o vive con te per un anno intero e che indichi nella tua dichiarazione dei redditi.		
<b>Membro 1:</b>		
Data di Nascita:	Relazione con il Paziente:	
<b>Membro 2:</b>		
Data di Nascita:	Relazione con il Paziente:	
<b>Membro 3:</b>		
Data di Nascita:	Relazione con il Paziente:	
<b>Membro 4:</b>		
Data di Nascita:	Relazione con il Paziente:	
<b>Membro 5:</b>		
Data di Nascita:	Relazione con il Paziente:	
Parte 2: Informazioni di Assicurazione del Paziente		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hai presentato una domanda Medicaid negli ultimi (6) mesi?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hai una domanda Medicaid in attesa o approvata?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO La tua domanda Medicaid è stata rifiutata?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hai un'assicurazione sanitaria?		
Informazioni Principali sull'Assicurazione:		
Nome dell'Assicurazione:		
Indirizzo dell'Assicurazione:		
Polizza/Documento di Identità #::	Gruppo #:	
Nome dell'Abbonato::		
Data di Nascita dell'Abbonato:	Relazione con l'Abbonato:	
Datore dell'Abbonato:	Data Effettiva:	
Informazioni Secondarie sull'Assicurazione		
Nome dell'Assicurazione:		
Indirizzo dell'Assicurazione:		
Polizza/Documento di Identità #:	Gruppo #:	
Abbonato:	Data di Nascita dell'Abbonato:	
Relazione con l'Abbonato:	Datore dell'Abbonato:	
Data Effettiva:		

**Parte 3: Reddito Lordo Mensile e Beni**

Si prega di completare questa parte in merito al reddito da lavoro e i beni del paziente e di ogni membro familiare che lavora, elencati nella Sezione 1. Si prega di elencare il reddito lordo, che è il reddito prima delle imposte e delle deduzioni.

	Paziente	Membro 1	Membro 2	Membro 3	Membro 4	Membro 5
Salari/Stipendio/Mance						
Indennità di Disoccupazione						
Previdenza Sociale						
Mantenimento+ Alimenti						
Reddito Autonomo, dopo le Imposte						
Interessi/Reddito da Dividendi						
Pensione						
IRA/Azioni/Obbligazioni						
Entrata da Affitto						
Pagamenti di fiducia						
Compenso dei Lavoratori						
Vantaggio Veterani						

**Mancanza di Dichiarazione di Reddito**

SI  NO Se il reddito familiare è zero, c'è qualcuno che ti mantiene?

Se hai risposto SI, e sei finanziariamente mantenuto da un'altra persona, si prega di riportarlo di seguito.

Nome del Paziente: \_\_\_\_\_, allo stato attuale non possiede reddito. Al momento lo sto mantenendo con cibo, riparo e vestiario necessario. Inoltre gli offro aiuto finanziario con una somma media di \_\_\_\_\_ al mese.

Firma del Donatore di Supporto: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**Patrimonio Familiare**

Elenca qualsiasi informazione di conto corrente o di libretto di risparmio qui di seguito.

Tipo di Conto	Istituzione Bancaria	Saldo dal _____

**Altri Valori Familiari Contabili**

Elenca le informazioni che possiedi per ciascuno dei seguenti tipi di conto.

Tipo di Conto	Istituzione Bancaria	Saldo dal _____
Azioni/Obbligazioni		
Certificato di Deposito		
Titoli di Risparmio Americani		
Conto di Risparmio Sanitario		
Certificato di Risparmio		
Club di Natale o di Vacanze		
Altro		

**Parte 4: Difficoltà Sanitarie**

Questa sezione potrebbe non essere applicabile a te. Compila questa sezione se hai fatture mediche significative. Elenca tutte le spese sanitarie dell'Hallmark Health e di altri fornitori. Una documentazione può essere richiesta ma non è necessaria in questo momento.

Nome del Fornitore	Spese Sanitarie Totali	Quanto Spesso Si Verifica il Costo?		
		<input type="checkbox"/> Settimanalmente	<input type="checkbox"/> Mensilmente	<input type="checkbox"/> Annualmente
		<input type="checkbox"/> Settimanalmente	<input type="checkbox"/> Mensilmente	<input type="checkbox"/> Annualmente
		<input type="checkbox"/> Settimanalmente	<input type="checkbox"/> Mensilmente	<input type="checkbox"/> Annualmente
		<input type="checkbox"/> Settimanalmente	<input type="checkbox"/> Mensilmente	<input type="checkbox"/> Annualmente
		<input type="checkbox"/> Settimanalmente	<input type="checkbox"/> Mensilmente	<input type="checkbox"/> Annualmente

**Parte 5: DICHIARAZIONE GIURATA – TUTTI I RICHIEDENTI DEVONO FIRMARE**

Tutti i richiedenti **DEVONO** firmare la dichiarazione giurata qui di seguito affinché la domanda venga considerata.

Giuro e confermo che tutte le informazioni indicate in questo modulo sono vere, corrette e complete, al meglio delle mie capacità, conoscenze e credo. Accetto di comunicare all'Hallmark Health qualsiasi cambiamento di reddito, risorse finanziarie o altre informazioni indicate in questo modulo che potrebbero influenzare la mia idoneità nel ricevere assistenza finanziaria dall'Hallmark Health. Sono a conoscenza del fatto che le mie informazioni di credito e altre informazioni finanziarie possono essere riferite per verificare la mia dichiarazione e l'idoneità al programma. Sono a conoscenza del fatto che ho trenta (30) giorni per presentare documenti di supporto accurati e necessari da prendere in considerazione per uno sconto.

Dichiarazioni fraudolente da parte del paziente al fine di ottenere assistenza finanziaria saranno trasmesse all'ufficio del procuratore generale del Massachusetts. I pazienti che falsificano la domanda non saranno più ammessi al programma e saranno responsabili di tutte le spese sostenute durante l'iscrizione al programma in modo retroattivo al primo giorno in cui le spese sono state sostenute nell'ambito del programma.

Firma del Richiedente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE GIURATA – APPLICABILE SOLO SE IL CONIUGE DEL RICHIEDENTE FA RICHIESTA**

Se anche il coniuge del richiedente fa domanda di assistenza finanziaria, **DEVE** firmare la dichiarazione giurata qui di seguito affinché la domanda venga presa in considerazione.

Giuro e confermo che tutte le informazioni indicate in questo modulo sono vere, corrette e complete, al meglio delle mie capacità, conoscenze e credo. Accetto di comunicare all'Hallmark Health qualsiasi cambiamento di reddito, risorse finanziarie o altre informazioni indicate in questo modulo che potrebbero influenzare la mia idoneità nel ricevere assistenza finanziaria dall'Hallmark Health. Sono a conoscenza del fatto che le mie informazioni di credito e altre informazioni finanziarie possono essere riferite per verificare la mia dichiarazione e l'idoneità al programma. Sono a conoscenza del fatto che ho trenta (30) giorni per presentare documenti di supporto accurati e necessari da prendere in considerazione per uno sconto.

Le dichiarazioni fraudolente da parte del paziente al fine di ottenere assistenza finanziaria saranno trasmesse all'ufficio del procuratore generale del Massachusetts. I pazienti che falsificano la domanda non saranno più ammessi al programma e saranno responsabili di tutte le spese sostenute durante l'iscrizione al programma in modo retroattivo al primo giorno in cui le spese sono state sostenute nell'ambito del programma.

Firma del Coniuge del Richiedente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

## DOCUMENTO E



Melrose-Wakefield Hospital  
Lawrence Memorial Hospital of Medford

Giorno, Mese, Anno

[Lettera di Approvazione - Sconto Parziale]

Giorno, Mese, Anno

nome

indirizzo

città, stato, codice postale

Numero di conto del paziente:

Gentile

La ringraziamo per aver inviato la Sua domanda di assistenza con le Sue fatture in merito al Programma di Assistenza Finanziaria dell'Hallmark Health (il "Programma"). Abbiamo esaminato la Sua domanda insieme alla documentazione di supporto e abbiamo stabilito che, in base al Suo reddito, ha diritto ai servizi a tariffe ridotte nell'ambito del Programma.

Abbiamo determinato che il Suo reddito è \_\_\_\_\_ per la dimensione della Sua famiglia di \_\_\_\_\_, il che Le consente di pagare solo \_\_\_\_\_ rispetto alla nostra solita tariffa. Le fatture di \_\_\_\_\_ per i servizi ricevuti da \_\_\_\_\_ il \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ sono state ridotte a \_\_\_\_\_. La contatteremo per aiutarLa con le modalità dei pagamenti rimanenti della fattura e Le invieremo una fattura dettagliata su richiesta. Si prega di notare che lo sconto previsto per il presente Programma non si applica a nessun co-pagamento, co-assicurazione o importi deducibili che continuano ad essere di Sua responsabilità.

L'approvazione è in vigore per un periodo di sei (6) mesi. Se non è d'accordo con questa decisione e ritiene di poter beneficiare di un'ulteriore riduzione delle spese, La preghiamo di contattare il Consulente Finanziario riportato di seguito.

Cordialmente,

Nome

Qualifica, Telefono



[Lettera di Approvazione - 100% di Sconto]

Giorno, Mese, Anno

nome

indirizzo

città, stato, codice postale

Numero di conto del paziente:

Gentile

La ringraziamo per aver inviato la Sua domanda di assistenza con le Sue fatture in merito al Programma di Assistenza Finanziaria dell'Hallmark Health (il "Programma"). Abbiamo esaminato la Sua domanda e la documentazione di supporto e abbiamo stabilito che, in base al Suo reddito, ha diritto ai servizi del Programma senza alcun costo. Stiamo dunque cancellando le bollette di \_\_\_\_\_ per i servizi ricevuti da \_\_\_\_\_ il \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_. Non dovrebbe ricevere nostre ulteriori bollette per questi servizi.

L'approvazione è in vigore per un periodo di sei (6) mesi. Per qualsiasi domanda, La preghiamo di contattare il Consulente Finanziario riportato di seguito.

Cordialmente,

Nome

Qualifica, Telefono

[Lettera di avvenuto riesame - Da Sconto Parziale al 100% di Sconto]

Giorno, Mese, Anno

nome

indirizzo

città, stato, codice postale

Numero di conto del paziente:

Gentile

Le scriviamo in seguito alla nostra decisione originale del \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ in merito alla sua idoneità nel beneficiare solo delle tariffe ridotte nell'ambito del Programma di Assistenza Finanziaria dell'Hallmark Health (il "Programma"). A seguito della Sua richiesta, abbiamo riconsiderato la nostra decisione originale sulla Sua domanda e abbiamo determinato che, in base al Suo reddito, ha diritto ai servizi del Programma senza alcun costo. Stiamo dunque cancellando le bollette di \_\_\_\_\_ per i servizi ricevuti da \_\_\_\_\_ il \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_. Non dovrebbe ricevere nostre ulteriori bollette per questi servizi. L'approvazione è in vigore per un periodo di sei (6) mesi. Per qualsiasi domanda, La preghiamo di contattare il Consulente Finanziario riportato di seguito.

Cordialmente,

Nome

Qualifica, Telefono

[Lettera di avvenuto riesame - Da Non Idoneo al 100% di Sconto]

Giorno, Mese, Anno

nome

indirizzo

città, stato, codice postale

Numero di conto del paziente:

Gentile

Le scriviamo in seguito alla nostra decisione originaria in merito alla sua non idoneità nel beneficiare di assistenza finanziaria nell'ambito del Programma di Assistenza Finanziaria dell'Hallmark Health (il "Programma"). A seguito della Sua richiesta, abbiamo riconsiderato la nostra decisione originale sulla Sua domanda e abbiamo determinato che, in base al Suo reddito, ha diritto ai servizi del Programma senza alcun costo. Stiamo dunque cancellando le bollette di \_\_\_\_\_ per i servizi ricevuti da \_\_\_\_\_ il \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_. Non dovrebbe ricevere nostre ulteriori bollette per questi servizi. L'approvazione è in vigore per un periodo di sei (6) mesi. Per qualsiasi domanda, La preghiamo di contattare il Consulente Finanziario riportato di seguito.

Cordialmente,

Nome

Qualifica, Telefono

[Lettera di avvenuto riesame - Da Non Idoneo a Sconto Parziale]

Giorno, Mese, Anno

nome

indirizzo

città, stato, codice postale

Numero di conto del paziente:

Gentile

Le scriviamo in seguito alla nostra decisione originaria in merito alla Sua non idoneità nel beneficiare di assistenza finanziaria nell'ambito del Programma di Assistenza Finanziaria dell'Hallmark Health (il "Programma"). A seguito della Sua richiesta, abbiamo riconsiderato la nostra decisione originale e abbiamo determinato che, in base al Suo reddito, ha diritto ai servizi a pagamento ridotto nell'ambito del Programma.

Abbiamo determinato che il suo reddito è \_\_\_\_\_ per la dimensione della Sua famiglia di \_\_\_\_\_, il che Le consente di pagare solo \_\_\_\_\_ rispetto alla nostra solita tariffa. Le fatture di \_\_\_\_\_ per i servizi ricevuti da \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ sono state ridotte a \_\_\_\_\_. La contatteremo per aiutarLa con le modalità dei pagamenti rimanenti della fattura e Le invieremo una fattura dettagliata su richiesta. Si prega di notare che lo sconto previsto per il presente Programma non si applica a nessun co-pagamento, co-assicurazione o importi deducibili che continuano ad essere di Sua responsabilità.

L'approvazione è in vigore per un periodo di sei (6) mesi. Se non è d'accordo con questa decisione e ritiene di poter beneficiare di un'ulteriore riduzione delle spese, La preghiamo di contattare il Consulente Finanziario riportato di seguito.

Cordialmente,

Nome

Qualifica, Telefono

[Lettera di avvenuto riesame - La Decisione Originale rimane di Sconto Parziale]

Giorno, Mese, Anno

nome

indirizzo

città, stato, codice postale

Numero di conto del paziente:

Gentile

Le scriviamo in seguito alla nostra decisione originale del \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ in merito alla Sua idoneità nel beneficiare solo di tariffe ridotte nell'ambito del Programma di Assistenza Finanziaria dell'Hallmark Health (il "Programma"). A seguito della Sua richiesta, abbiamo riconsiderato la nostra decisione originale sulla Sua domanda e abbiamo determinato che, in base al Suo reddito, continua ad essere idoneo solo allo sconto parziale nell'ambito del Programma.

Come indicato nella nostra lettera di decisione originale, le fatture di \_\_\_\_\_ per i servizi ricevuti da \_\_\_\_\_ il \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ sono stati ridotti a \_\_\_\_\_. La contatteremo per aiutarLa con le modalità dei pagamenti rimanenti della fattura e Le invieremo una fattura dettagliata su richiesta. Si prega di notare che lo sconto previsto per il presente Programma non si applica a nessun co-pagamento, co-assicurazione o importi deducibili che continuano ad essere di Sua responsabilità.

L'approvazione è in vigore per un periodo di sei (6) mesi. Se continua a non essere d'accordo con questa decisione, La preghiamo di contattare il Consulente Finanziario riportato di seguito.

Cordialmente,

Nome

Qualifica, Telefono

[Lettera di avvenuto riesame - La Decisione Originale rimane di Non Idoneità]

Giorno, Mese, Anno

nome

indirizzo

città, stato, codice postale

Numero di conto del paziente:

Gentile

Le scriviamo in seguito alla nostra decisione originale del \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ in merito alla Sua non idoneità nel beneficiare di assistenza nell'ambito del Programma di Assistenza Finanziaria dell'Hallmark Health (il "Programma"). A seguito della Sua richiesta, abbiamo riconsiderato la nostra decisione originale sulla Sua domanda e abbiamo determinato che, in base al Suo reddito, non è idoneo per l'assistenza nell'ambito del Programma.

Se continua a non essere d'accordo con questa decisione o desidera discutere delle opzioni di pagamento, La preghiamo di contattare il Consulente Finanziario riportato di seguito.

Cordialmente,

Nome

Qualifica, Telefono

[Lettera di rifiuto - Generale]

Giorno, Mese, Anno

nome

indirizzo

città, stato, codice postale

Numero di conto del paziente:

Gentile

La ringraziamo per aver inviato la Sua domanda di assistenza con le Sue fatture in merito al Programma di Assistenza Finanziaria dell'Hallmark Health (il "Programma"). Abbiamo esaminato la Sua domanda insieme alla documentazione di supporto e abbiamo stabilito che, in base al Suo reddito, non ha diritto a beneficiare dei servizi a tariffe ridotte nell'ambito del Programma.

Abbiamo determinato che il suo reddito di \_\_\_\_\_, per la dimensione della sua famiglia di \_\_\_\_\_, va oltre il limite di \_\_\_\_\_.

Se non è d'accordo con questa decisione o se ha recentemente avuto un cambiamento di circostanze, saremo felici di riconsiderare la Sua domanda alla luce delle nuove informazioni che dovrà fornirci. Per qualsiasi domanda, La preghiamo di contattare il Consulente Finanziario riportato di seguito.

Cordialmente,

Nome

Qualifica, Telefono

[Lettera di rifiuto - Domanda Incompleta]

Giorno, Mese, Anno

nome

indirizzo

città, stato, codice postale

Numero di conto del paziente:

Gentile

La ringraziamo per aver inviato la Sua richiesta di assistenza con le Sue fatture in merito al Programma di Assistenza Finanziaria dell'Hallmark Health, presentata il \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_. Dal momento in cui, fino alla data di oggi, non abbiamo ricevuto la documentazione necessaria per elaborare la Sua domanda, neghiamo la Sua richiesta di assistenza.

Una volta che avrà compilato la documentazione di supporto richiesta, La invitiamo a sottoporre una nuova domanda di assistenza finanziaria alla nostra attenzione. Per qualsiasi domanda, La preghiamo di contattare il Consulente Finanziario riportato di seguito.

Cordialmente,

Nome

Qualifica, Telefono



[Lettera di rifiuto - Servizi Non Idonei]

Giorno, Mese, Anno

nome

indirizzo

città, stato, codice postale

Numero di conto del paziente:

Gentile

La ringraziamo per aver inviato la Sua richiesta di assistenza con le Sue fatture in merito al Programma di Assistenza Finanziaria dell'Hallmark Health (il "Programma"), depositata il \_\_/\_\_/\_\_\_\_. Ci dispiace informarLa che i servizi che ha ricevuto il \_\_/ \_\_/\_\_\_\_ sono considerati non medicalmente necessari e in quanto tali non sono idonei per l'assistenza finanziaria nell'ambito del Programma. La invitiamo a inviare immediatamente il Suo pagamento per evitare azioni di riscossione aggiuntive.

Se non è d'accordo con questa decisione o se ha ulteriori domande, La preghiamo di contattare il Consulente Finanziario riportato di seguito.

Cordialmente,

Nome

Qualifica, Telefono